**道真自治县人民医院报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*业务代表 | |  | 性别 | |  | | \*职务 |  | |
| \*联系电话 | |  | | | | | 传真 |  | |
| \*公司全称 | |  | | | | | | | |
| \*法人代表 | |  | | | \*统一社会  信用代码 | | |  | |
| \*电子邮箱 | |  | | | \*法人身份证号 | | |  | |
| 序号 | 名称 | 主要成分 | | 功能/参数(100g含量） | | 适应人群 | | 规格（克） | 单价 |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |

填表日期： 年 月 日

**备注：1.按要求填写，“ \* ”号为必填项；**

**2.请将以上信息填写完整，盖章发送至邮箱640169373@qq.com；**

**3.在公司全称处盖上公章。**