**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 | |  |
| \*报价（元/年） |  | | | | |

报价项目： 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。