附件3：

**东病区手术室治疗车等家具报价总表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **公司名称** | **资质****是否符合** | **总价****(万元)** | **备注** |
|  |  |  |  |

报价单位（名称+盖章）：

报价日期：2022年 月 日

报价联系人：

联系人电话：