**附件二：**

**报价表**

**项目名称：** 药物配置室超声波清洗机、烘干臭氧消毒柜采购项目

**联系人姓名和电话：**

**供应商名称**：

▲参数是否完全满足：□是 / □否 （请打“√”）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品清单 | 品牌/型号 | 数量 | 单位 | 单价（元） | 合计（元） | 耗材（如有） | |
| 更换频率 | 是否专用 |
| 1 | 超声波清洗机 |  | 1 | 台 |  |  |  |  |
| 2 | 烘干臭氧消毒柜 |  | 2 | 台 |  |  |  |  |
| **总价（人民币）： 元** | | | | | | | | |
| 备注：  1、报价含5年的质保期及所有耗材费用等其他一切费用，维保费率≤3%  2、漏报、少报的费用，均视为已隐含在总报价中，采购方无须再支付总报价之外的任何费用。  3、填写此表时不得改变表格的形式。如有其他特殊说明事项，可在“备注”栏内明确表述。 | | | | | | | | |

供应商（单位公章）：

日期： 年 月 日