**报 价 函**

**温州医科大学附属口腔医院：**

根据贵院提供的物资参数要求，详见下表：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **名称** | **数量(瓶）** | **品牌/规格** | **要求** |
| 1 | 医用氧气 | 400 | 40L | 要求送货上门，报价包含运费 |
| 2 | 医用氧气 | 40 | 4L | 要求送货上门，报价包含运费 |

我公司 （报价供应商名称）特作如下报价，见下表：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 品牌/规格 | 数量 | 含税单价(元) | 含税总价(元) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 合计总价（大写）： | 元整 | 合计总价（小写）： | ￥ 元 |
| * **提示1：本函采取一次性最低报价。**
* **提示2：报价即货物的供货、税金、包装、运输、保险、装卸、检验、安装、调试、验收、技术服务、售后服务、质保期保障等全部费用，实行固定费用总包干，报价商应根据上述因素自行考虑纳入报价总价；**
* **提示3：设备规格参数仅作参考，报价商可根据自身的优势提供性价比更高的产品参加报价 ；**
* **提示4：本函要求报价单加盖公章，并附营业执照复印件盖章，于2023年7月23日前提交温州医科大学附属口腔医院总务科（扫描件同样具有报价效应）。**
* **提示5：若出现相同报价，则按下列选项为依次排名①质保期长优先②到货时间短优先③报价函先回传优先。**

**▲ 提示6：联系电话：88063061 联系人：叶老师 地址：温州市龙湾区龙瑶大道1288号龙湾总院9楼908办公室。** |

 报价商名称（盖章）

 报价商代表

联系电话

 报价日期