

附件 2：

苏州高新区人民医院_____项目报价单

投标人全称（加盖公章）：

项目编号：

投标 设备品牌		投标 设备型号	
数 量		单 价	
投标总报价	金额大写（小写）		

响应单位：（公章）

法定代表人：（签字或盖章）

代理人：（签字或盖章）

年 月 日