附件1：

苏州高新区人民医院职工生日蛋糕券

报价单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **商家** | **生日蛋糕面值（份）** | **折扣（%）** | **实付金额** |
|  | 400元 |  |  |

 单位名称：（盖章）

 法定代表人或其授权委托人签名：

 日期：