**寿光市中医医院**

**医疗设备报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **品名** | **规格型号** | **生产厂家/品牌** | **数量** | **单价** | **金额** | **质保期** | **到货期** |
| 经络导平治疗仪 |  |  | 1台 |  |  |  |  |

**报价公司（盖章）：**

**法人/授权代表（签字）：**

**联系电话：**

**年 月 日**