|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **报名单位名称** |  | | |
| **报名单位地址** |  | | |
| **报名时间** | **202 年 月 日** | | |
| **报名单位联系人** |  | | |
| **联系人手机号码** |  | | |
| **报名单位电子邮箱** |  | | |
| **报名单位座机** |  | | |
| **厂家名称** |  | | |
| **厂家联系人** |  | | |
| **厂家联系人手机号码** |  | | |
| **产品注册证名称** |  | | |
| **产品型号** |  | | |
| **医疗器械类别** | □一类 □二类 □三类 □未纳入管理类 | | |
| **国产/进口** | □国产 □进口 | | |
| **产品单价（含税）** |  | **产品数量** |  |
| **产品总价（含税）** |  | **产地** |  |
| **质保期（年）** |  | | |

附件4：

**（ 产品名称 ） 报 价 单**