附件3

**广元市妇幼保健院**

**移动医护硬件采购项目市场询价报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 品牌规格型号 | 单位 | 数量 | 市场报价 | 优惠价 | 主要配置 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注： 1、供应商必须按“报价明细表”的格式详细填报，否则作无效报价处理。

2、报价应是包括但不限于货款、货物运输、保险、代理、培训、材料损耗和设备折旧成本、投入项目人员的工资、福利、社保等人工成本，税金及附加、销售费用、管理费用、财务费用等多种构成因素、招标文件规定的其他一切费用

供应商名称：（盖章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

联系电话：

日期：