|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购单项名称 | 报价 | 是否全部响应附件1要求（如有增加或减少内容请列出） | 备注 |
| 1 | 医用气体 |  |  |  |

报价表

报价公司（盖章）： 法定代表人或代理人： 联系电话：

说明：1.供应商按要求报价。

2.所供服务质量应达到国家标准及采购人要求。

3.报价表应规范填写供应商（公司）全称，法定代表人签字并加盖公章，有代理人的需提供法人授权委托书。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 规格/单位 | 报价金额（元） |
| 1 | 医用液氧 | 立方 |  |
| 2 | 瓶装医用氧 | 40L |  |
| 3 | 瓶装医用氧 | 10L |  |
| 4 | 瓶装医用氧 | 2L |  |
| 5 | 液氮(移动) | 立方 |  |
| 6 | 瓶装纯氮 | 40L |  |
| 7 | 瓶装二氧化碳 | 40L |  |
| 8 | 瓶装氩气 | 40L |  |
| 9 | 瓶装高纯氩 | 40L |  |