**口腔科影像中心耗材报价单**

供应商名称：（加盖公章）

项目名称：

联系人：

联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **包号** | **序号** | **产品名称** | **规格型号** | **单位** | **品牌** | **生产厂家** | **阳采价格** | **阳采耗材统一编码** | **注册证号** | **申报价格** |
| 必须与采购目录一致 | 必须与采购目录一致 |  | （必须按注册证的包装规格进行填写，如有其他说明的，规格后加“备注”） | （单位必须填写清楚） |  | （必须与注册证的注册人名称一致，注册人名称有中英文的，中英文全部填写） | 在阳采需提供这个，没有写：无 | 在阳采需提供这个，没有写：无 | 在阳采需提供这个，没有写：无 |  |
| 总价 | 单价总价 | | | | | | | | | |

要求：一个包号的所有产品供应室均响应。