|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报价单位: 日期: 年 月 日 | | | | |
| 报价人: 联系电话; | | | | |
| 请看以下报价作为参考，如有任何问题请与我们联系: | | | | |
| 序号 | 产品名称 | 单位 | 数量 | 金额（元） |
| 1 | 报废医疗设备 | 批 | 1 |  |
| 大写 | |  | | |
| 报价人声明:本人已详细查验过废旧物品的状况并决定购买，知道本次废旧物资销售的方法并按要求报价，本人完全理解并同意放弃对这方面有不明及误解的权力。  本人保证:没有串通围标压价现场，如有幸入围竞价，竞价时报价不小于报价单的报价，如违反要求，本人愿意承担竞价保证金全额被没收及剔除竞价资格。 | | | | |

附件1 桂平市人民医院报废医疗设备

回收报价单

公 司（盖章）：

法人或委托代理人:

日 期: 年 月 日