附件1：

医用耗材谈判信息表

酉阳土家族苗族自治县人民医院：

根据谈判会议上明确的各项要求，本人代表本公司对  做出最终报价（人民币）如下：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 | 生产厂家 | 规格型号 | 注册证号 | 药交参考价 | 药交所编码 | 报价 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

相关补充说明：

法定代表人或授权代表（签字）：  
 法定代表人或授权代表联系电话：  
 供应商名称（盖章）:  
 年 月 日