**推荐产品一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **生产厂家** | **型号** | **注册证号** | **供货时长** | **质保期** | **厂家直营报价（元）** | **代理销售报价（元）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：1.以上报价应包含本项目所需的一切费用；2.产品名称与医疗器械注册证须一致。**

单位名称（盖章）：

联系人（签名）：

联系电话（手机）：

日 期： 年 月 日