**湖北省荣军医院省级政府采购询价单**

年 月 日

|  |
| --- |
| 采购单位（加盖公章）： |
| 联系人： | 联系电话： | 传真： |
| 采购需求 | 服务名称 | 配置或技术参数 | 数量 | 供货时间 | 供货地点 | 备注 |
|  |  |  |  | 院内 |  |
| 供应商回复 |  |  |  |  | 总报价 | 备注 |
|  |  |
| 供应商（加盖印章）： | 联系人： | 联系电话： | 传真： |