|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件：2**  民政局养老床位建设项目报价单 | | | | | | | | | | |
| **序 号** | **标的名称** | **招标参数及规格要求** | **计量 单位** | **数量** | **投标产品 品牌** | **投标产品 型号/规格** | **制造商名称** | **报价**  **单价 （元）** | **合计 （元）** | **交货期 （日历日）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 自合同签订之日起20日 |
| . |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | | | | | | |  |  |
| **1、报价包含货物、包装、运输、装卸、安装等验收合格之前的一切税金和费用。 2、供应商必须将投标产品品牌、投标产品型号/规格、制造商名称、报价单价、合价、交货期填写完整，因供应商填写不完整造成投标不响应的，责任自负！ 3、若要求供应商提供相关证明材料的，将证明材料附后。** | | | | | | | | | | |
| 报价合计金额（大写 ）： 小写： 元 | | | | | | | | | | |
| 供应商单位名称（盖公章）： | | | | | | | | | | |
| 法定代表人或授权代表人（签字）： | | | | | | | | | | |
| 联系电话： | | | | | | | | | | |