

附件 2：

苏州高新区人民医院比价采购项目报价单

投标人全称（加盖公章）：

项目编号：

项目名称	
投标总报价	金额大写（小写）
服务周期	

响应单位：（公章）

法定代表人：（签字或盖章）

代理人：（签字或盖章）

年 月 日