# 附件1

# 自行采购供应商报价（最终报价）表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目编号 | akfyxxk20251017 |
| 项目名称 | 安康市妇幼保健院麻醉临床信息系统升级项目 |
| 总 报 价 | 小写： 元，大写： 整  （供应商报价时，应附报价清单明细表。） |
| 供货（竣工、  服务）期 | 个（日历日） |
| 质量保证期 | 个（月） |
| 法定代表人或其授权代表 | **（签名处）** |
| 联系电话 |  |
| 供应商名称 | **（加盖公章处）** |
| 报价日期 |  |

注：本表由供应商于报价前填写，签字盖章密封后交采购人采购小组。