**附件**

报价单

单位名称：富顺县精神病医院

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称 | 详细参数 | 报价（元） |
| 富顺县精神病医院心理CT体检系统 |  |  |

报价公司（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

联系电话：