**寿光市皮肤病防治站可倾浓缩锅（带搅拌）报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **品名** | **规格型号** | **品牌/生产厂家** | **单价** | **数量** | **金额** | **质保期** | **到货期** | **备注** |
| 可倾浓缩锅（带搅拌） |  |  |  | 1台 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |

**报价公司（盖章）：**

**法人/授权代表（签字）：**

**联系电话：**

**年 月 日**