**附件2**

**寿光市皮肤病防治站机制空心硬胶囊采购项目报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **品名** | **规格型号****及技术参数** | **单价限额****(元)** | **年用量****(个)** | **品牌/生产厂家** | **单价** | **总价** | **质保期** | **到货期** | **备注** |
| 机制空心硬胶囊 | 0#，不透明, 符合《中国药典》规定的质量要求 | 0.018 | 200万 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |

**报价公司（盖章）：**

**法人/授权代表（签字）：**

**联系电话：**

**年 月 日**