**附件3**

寿光市皮肤病防治站

过敏原特异性IgE抗体检测试剂盒+分析仪项目报价单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **名称** | **品牌/产地/型号** | **单位** | **数量** | **单价** | **金额** | **预计每项金额** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | - |
| 合计 |  | - |

 **报价公司（盖章）：**

 **法人/授权代表（签字）：**

 **联系电话：**

**年 月 日**