**附件2**

寿光市皮肤病防治站

总IgE测定试剂盒+干式荧光免疫分析仪采购项目报价单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **品名** | **单价限额** | **年用量** | **品牌/生产厂家** | **单价** | **总价** | **质保期** | **到货期** | **备注** |
| 干式荧光免疫分析仪 | - | 1台 |  |  |  |  |  |  |
| 总IgE测定试剂盒 | 10元/人份 | 约4750人份 |  |  |  |  |  |  |

**报价公司（盖章）：**

 **法人/授权代表（签字）：**

**联系电话：**

**年 月 日**