**川北医学院附属医院新增数字减影血管造影机**

**环评验收报价表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 致 | 川北医学院附属医院 | |
| 由 | 供应商单位名称 | 联系人： |
| 联系方式： |
| 依据川北医学院附属医院新增数字减影血管造影机环评验收招标控制价询价公告所示服务内容及付款方式，我单位报价为 元。  注：以上报价包含项目开展过程中的所有费用。  报价单位  （ 盖公章 ）    年 月 日 | | |