### 介入手术室数字化录播示教系统参数询价回执单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报价人信息 | | 供应商信息 | |
| 联系人： |  | 企业名称：  （加盖公章） |  |
| 联系电话： |  | 联系地址： |  |
| 报价金额： 元/年 | | | |
| 大写 |  | 小写 |  |
| 参数意见和建议 | | | |
| （如没有，请标记为无） | | | |

填写时间：20XX年XX月XX日