**山东第一医科大学附属内分泌与代谢病医院测序技术服务采购询价表**

**报价单位（公章）：              联系人： 联系电话：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 详细要求 | 测序平台 | 数量 | 单价 | 总价 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | 大写： 元整小写： 元。 |  |

注：参与报价的供货商须于2023年11月15日17:00前将加盖公章的报价文件、公司营业执照副本复印件（加盖公章）密封送至：济南市经十路18877号山东第一医科大学附属内分泌与代谢病医院办公楼，未按规定时间送达或提供不全者报价无效。