附件：

南通市第六人民医院医疗设备处置报价单

南通市第六人民医院：

针对你院指定范围内的医疗设备处置，我方最终报价为：

小写（人民币）：

大写（人民币）：

竞价单位（盖章）：

授权代表（签字）：

日期：