**云南省中医医院医用手术鞋征询反馈表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **参数** | **报价/单价 （元）**  | **三年采购量** |
| **1** | **医用手术鞋** |  |  | **1500双** |

# 备注：医用手术鞋须符合《HG/T6221-2023医用手术鞋》各项标准，参加征询供货商须提供医用手术鞋介绍资料及近期检测报告。

公司名称（加盖公章）：

联系人：

联系电话：

电子邮箱：

日期：