**附件10**

**医院物资采购货比三家及议价表（贰万元以下金额）**

**申购部门： 申购日期：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **品名/规格** | **申请采购数量** | **原采购价格** | **供货商1：** | **供货商2：** | **供货商3：** |
| **联系方式：** | **联系方式：** | **联系方式：** |
| **供货商报价（元）** | **议价后价格（元）** | **备注** | **供货商报价（元）** | **议价后价格（元）** | **备注** | **供货商报价（元）** | **议价后价格（元）** | **备注** |
| **货比三家及议价人员签字：** | **物资采购小组建议：综合考虑价格及安装调试因素，建议从****“ ”处采购。**  |
| **审计部门意见：** | **主管领导意见：** |