响 应 文 件

## **项目名称：铜陵市中医医院短视频制作服务**

供应商：（供应商签章）

年 月 日

1. 有效的营业执照复印件
2. 授权委托人及电话
3. 供应商认为需要提供的材料

**4、报价表**

**报价表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 铜陵市中医医院短视频制作服务 |
| 供应商名称 |  |
| 按每分钟报价（人民币） | 大写： 小写： |

**供应商签章：**

日 期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_