|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购项目名称 | 单价 | 数量 | 合计 | 是否全部响应附件1要求（须全部满足，如有增加内容请列出） | 备注 |
| 1 | 全院住院患者的生活护理服务委托管理项目 |  | / | / |  | 此项目为每月医院向供应商收取的场地费用（含水电费），按照照护病人人数收取。供应商按每人每天的单价报价。 |
| 2 | 重症医学科专职护理人员 |  | 2 |  |  | 此项目为医院支付重症医学科专职护理人员的服务费（固定包干价）。供应商按每人每月的单价报价。 |

报价表

报价公司（盖章）： 法定代表人或代理人： 联系电话：

说明：1.供应商按要求报价。

2.所供服务质量应达到国家标准及采购人要求。

3.报价表应规范填写供应商（公司）全称，法定代表人签字并加盖公章，有代理人的需提供法人授权委托书。