|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购项目名称 | 需求 | **单价（元）** | **数量** | 合计金额（元） | 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 | 患者体验第三方测评及医院品质持续改进项目 | 详见需求附件 |  | 1 |  |  |  |
| 合计 | 大写： | 小写： |  |  |

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。