**附件2：**

 ****（公司名称）报价单****

****项目名称：浙江省人民医院毕节医院2025年-2027年医疗责任保险服务采购项目****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **报价（万元/年）** | **备注** |
| 1 | **浙江省人民医院毕节医院2025年-2027年医疗责任保险服务采购项目** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 总 计 | 一年费用： |
| 三年费用： |

****注：本次报价为承担全部服务工作的所有费用（包含招标代理服务费、人工费、管理费、相关税费、验收费用等所有费用）。请各潜在供应商在报价时充分考虑上述费用再报价。****

报价单位名称：           （盖章）

经办人：

联系电话：

日期：     年     月     日