附件 1

**浙江省人民医院毕节医院2025年医院建设工程第三方**

**审计服务项目公开询价报名登记表**

报价单位名称： 单位地址：

联系人： 联系电话：

项目名称：浙江省人民医院毕节医院2025年医院建设工程第三方审计

服务项目

备注：我单位已认真阅读并理解贵方发布的浙江省人民医院毕节医院2025年医院建设工程第三方审计服务项目公开询价公告，满足贵方“供应商资格要求 ”的所有内容。我方报名参加本次公开询价活动，并郑重承 诺所提供的报价内容真实有效。

单位名称（盖章）：

日期：2025 年 月 日

附件 2

**公司报价单**

报价项目：浙江省人民医院毕节医院2025年医院建设工程第三方审计服务项目

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 单位 | 下浮率（%） | 服务期 | 备注 |
| 1 | 浙江省人民医院毕节医院2025年医院建设工程第三方审计服务项目 | 1 | 项 |  | 一年 | 该报价包含招标代理服务费及其他成本 |

注：报价要求：审计费用包括基本收费和追加费用，据实结算（参照《贵州省建设工程造价服务费参考标准》黔造价协【2021】10号收费标准计算下浮）

公司名称（盖章）：

联系方式：

日期：