**报价单**

**公司名称：**(加盖公司公章)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 标项号 | 项目名称 | 投标报价  （折扣率%） | 备注 |
|  |  | % |  |

备注：1.“标项号”必须与招标产品目录中的标项号一致；

2．一个单位报名多个项目可加行；

3. 报价是浙江省医疗服务价格收费标准的折扣率；

4.“报价”以一次报清，完成本项目所需的所有费用必须包含在投标总价中，如以后已实施而未列入报价的费用将被视为投标人优惠，采购人均不予支付。

联系人：

联系方式：（手机）

邮箱号码：