附件2

### 广东省泗安医院

### 服务类项目报价表

项目名称：国家突发事件卫生应急演训基地项目概念性方案设计服务

### 报价供应商名称：

### 报价联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **单位** | **报价/元** |
| **1** | 国家突发事件卫生应急演训基地项目概念性方案设计服务 | 1项 |  |
| 如有其他服务报价项，可自行添加行填写。 | | | |
| **备注：** | | | |

注：1.供应商须按要求填写所有信息，不得随意更改本表格式。

2.报价要求说明：报价为包干价，必须为完全响应采购需求内容。报价中漏报、少报的费用，视为此项费用已隐含在报价中，确定采购结果后不得再向我院收取任何费用。

3. 供应商报价以经加盖公章后报价表为准。

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日