附件2

**报价表**

项目名称：富顺县中医医院洗浆房外包服务采购项目

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 人数（人） | 金额  （人/元/月） | 总金额  （元/年 ） | 备注 |
| 1 | 洗浆房外包服务 | 6人 |  |  |  |
| 年总金额： 元；大写： | | | | | |

供应商名称：XXX（盖单位公章）

法定代表人/负责人或授权代表（签字或盖章）：XXX

日 期：XXX年XXX月X日

**备注：**供应商可在本项目调研报价前自行到洗浆房（同心院区）查看了解现状及相关要求，了解洗涤工作流程及工作量后再报价。采购人不再另行组织现场考察，若因供应商未到项目现场自行评估又报价中标，由此产生的一切后果及责任由供应商自行承担，采购人不承担任何责任。