附件2

**成都市新都区第三人民医院水平衡测试项目报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **单位** | **数量**  | **最高限价（元）** | **最终报价（元）** | **备注** |
| 1 | 成都市新都区第三人民医院水平衡测试项目 | 项 | 1 | 35000 |  | 须满足项目全部要求，否则为无效报价。 |
| 总金额： 大写（ ） |

注：所有报价均使用人民币，所报价格包含税费、交通费、服务费、出具报告等所有费用。

承诺：提供的服务符合国家及行业相关标准，符合相关法律法规等要求。

 供应商全称(盖章)：

供应商全权代表(签字)：