**附件2：**

**成都市新都区第三人民医院放射场所职业病危害放射检测评价技术服务项目稳定性检测报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 单位 | 数量 | 服务次数 | 最高限价金额（元） | 报价总价（元） | 备注 |
| 1 | CT1 | 台 | 1 | 12次/每台/年 | 1000 |  | 须满足项目全部要求，否则为无效报价。 |
| 2 | CT2 | 台 | 1 | 12次/每台/年 | 1000 |  |
| 3 | DR | 台 | 1 | 4次/每台/年 | 600 |  |
| 4 | C臂 | 台 | 1 | 4次/每台/年 | 600 |  |
| 5 | 乳腺机 | 台 | 1 | 4次/每台/年 | 600 |  |
| 6 | 骨密度仪 | 台 | 1 | 4次/每台/年 | 600 |  |
| 7 | 口腔曲面体层X射线机 | 台 | 1 | 4次/每台/年 | 600 |  |
| 8 | DSA | 台 | 1 | 2次/每台/年 | 800 |  |
| 总金额： 大写（ ） |

注明：1.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。

2.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)：

**成都市新都区第三人民医院放射场所职业病危害放射检测评价技术服务项目年度检测报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 单位 | 数量 | 服务次数 | 最高限价单价（元） | 最高限价金额（元） | 报价单价（元） | 报价总价（元） | 备注 |
| 设备性能及防护 | 辐射环境监测 | 设备性能及防护 | 辐射环境监测 |
| 1 | CT | 台 | 2 | 1次/每台/年 | 1700 | 800 | 5000 |  |  |  | 须满足项目全部要求，否则为无效报价。 |
| 2 | DR | 台 | 1 | 1次/每台/年 | 1000 | 500 | 1500 |  |  |  |
| 3 | C臂 | 台 | 1 | 1次/每台/年 | 1000 | 500 | 1500 |  |  |  |
| 4 | 乳腺机 | 台 | 1 | 1次/每台/年 | 1000 | 500 | 1500 |  |  |  |
| 5 | 骨密度仪 | 台 | 1 | 1次/每台/年 | 1000 | 500 | 1500 |  |  |  |
| 6 | 口腔曲面体层X射线机 | 台 | 1 | 1次/每台/年 | 800 | 500 | 1300 |  |  |  |
| 7 | DSA | 台 | 1 | 1次/每台/年 | 2000 | 800 | 2800 |  |  |  |
| 总金额： 大写（ ） |

注明：1.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。

2.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)：

**成都市新都区第三人民医院放射场所职业病危害放射检测评价技术服务项目个人剂量检测报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 单位 | 数量 | 服务次数 | 最高限价单价（元） | 最高限价金额（元） | 报价单价（元） | 报价总价（元） | 备注 |
| 1 | 个人剂量 | 人 | 60 | 4次/每人/年 | 37.5\*4=150 | 9000 |  |  | 预估监测人数为60人，根据实际监测人数支付费用。 |
| 总金额： 大写（ ） |

注明：1.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。

2.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)：