附件3

**成都市新都区第三人民医院2024年财务审计服务采购项目调研报价表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **单位** | **数量** | **总报价（元）** | **备注** |
| 1 | 2024年财务审计服务采购项目 | 项 | 1 |  | 须满足调研全部要求，否则为无效报价，详细需求见附件。 |

注：所有报价均使用人民币，所报价格**包含人工、交通、税费、服务费、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）：