昆明医科大学第二附属医院采购服务项目咨询一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** | |  | | **报名公司项目负责人** | |  | | **联系电话/**  **电子邮箱** |  |
| **服务范围** | |  | | **服务方式** | |  | | **收费标准** |  |
| **第一次报价（单价）**  **（人民币）** | | **签名/盖章：** | | | **第二次报价（单价）**  **（人民币）** | | | **签名/盖章：** | |
| **推荐服务方案情况** | **1、服务方案：** | | | | | | **2、人员配置：** | | |
| **服务承诺： 响应时间： 限时办结时间：**    **可提供的其他免费附加服务:** | | | | | | | | | |
| **同类三甲医院服务情况** | | | **省内：**  **省外 ：** | | | | | | |
| **第二次服务承诺及其他情况补充说明：**  **签名/盖章：** | | | | | | | | | |

**注：严禁修改表格，除第二次报价及第二次服务承诺及其他情况补充说明外请按要求逐项填写。**