**附件：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 供应商名称 |  | 联系电话 |  |
| 供应商是否属于中小企业 | □是 □否 | | |
| 服务报价 | 服务模式 | | 服务价格（元） |
| 1、一对一（特殊服务）： | |  |
| 2、一对二： | |  |
| 3、一对三： | |  |
| 4、一对四： | |  |
| 5、可新增服务模式 | |  |
| 6、 | |  |
| 7、 | |  |
| 8、 | |  |
| 管理费（含水电费等物资耗材费用） |  | | |
| 供应商授权代表确认 | 本人对上述填写内容的真实性负责。如有虚假，将承担相应责任。 | | |
|  | | |
| 签字确认： 20 年 月 日 | | |

**南昌市第一医院采购项目市场调查表（服务类）**