**报价表**

**采购编号：**

**项目名称：**

**包号：**

**供应商名称：**

货币及单位：人民币/元

|  |  |
| --- | --- |
| 服务期 | 单价（元/人） |
| 自合同签订之日起至2025年11月15日 |  |

注：供应商报价时必须按照单价1000元/人进行报价，如有其他报价按无效报价处理。本项目为固定单价合同（固定单价合同按照实际体检人数量据实按每人1000元结算）

供应商全称(盖章)：

日 期：