|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **报价单位名称** | **项目名称** | **投标总价** |
|  |  |  |
| **序号** | **服务类型** | **服务对象类型** | **单价（万元）** | **备注** |
| 1 | 专项检查 | 三级综合医院 |  /家 |  |
| 2 | 专项检查 | 二级综合医院 |  /家 |  |
| 3 | 专项检查 | 一级及以下医院、专科医院 |  /家 |  |
| 4 | 专项检查 | 诊所、药店(C) |  /家 |  |
| 5 | 病历评审 | 异常费用病例审核 |  人/天 | 按专家人次据实结算 |

附件1

投标报价单

 年 月 日