附件1：报价一览表

**报价一览表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **每月向医院缴纳资源损耗费，按当月营业额的--%** |
| **浙江省中医院诊后管理服务项目** |  |

法定代表人或授权委托人签字：

供应商名称（盖章）：

日期： 年 月 日