附件2

**报价表**

致：广州市天河区中医医院

我单位在参加2024年度医疗责任险服务项目的报价活动中，郑重承诺如下：

一、我方在此声明，本次报价活动中申报的所有资料都是真实、准确完整的，如发现带给虚假资料，或与事实不符而导致报价无效，甚至造成任何法律和经济职责，完全由我方负责。

二、本项目我单位报价如下:

|  |  |
| --- | --- |
| 大写 | 人民币 元整 |
| 小写 | 人民币 元整 |

三、我方报价有效期为自提交本报价表起90日历天。如中标，有效期将延至合同终止日为止。我方承诺将严格按照报价表所承诺的报价组织项目工作。

四、我方一旦中标，将按规定及时与贵单位签订合同。

联系人姓名： 联系电话：

联系地址： 邮政编码：

报价人名称：(盖章)

　　 法定代表人(或授权代理人)：(签字)

　　 日期：