**报 价 单**

**项目名称：南通市第六人民医院老年人人身意外伤害保险及保险服务**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 单价（元/人） | 总价（元） | 备注 |
| 1 | 老年人人身意外伤害保险及保险服务 | 150人 |  |  | 完全响应  需求 |

**注：本项目的需求数量为预计采购量，仅供参考，实际人数会有所增减，报价时请考虑相应风险，如因采购人实际需求，人数发生变化，供应商须无条件满足采购人需求，确保服务质量，最终结算金额按实际参保人数乘以固定单价进行计算。**

1. **供应商单价报价不能超过最高限价40元，合计报价不能超过最高限价6000元，否则报价无效。**
2. 供应商需提供有效的营业执照复印件（**需加盖公章**）
3. 法定代表人参比选活动的，必须提供法定代表人身份证明及法定代表人本人身份证复印件；非法定代表人参加比选活动的，必须提供法定代表人签名或盖章的授权委托书及被授权人本人的身份证复印件。
4. 保函模版。
5. 服务期限：1年
6. 付款方式：双方确定参保人数，供应商开具相应金额发票，采购人收到发票后30天内一次性无息支付。
7. 报价有效期：
8. **增值服务条款：（如有请详细描述）**

报价公司（盖章）：

联系人及联系电话：

年 月 日