附件1

**报价表**

单位：元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | **预算控制价** | **磋商报价** | **折扣率** |
| 学校2024年教职工及新生体检服务 | 110950 |  |  |

注：表中预算控制价为教职工体检预算总金额，故供应商报价为教职工体检费用，应包含体检费、服务费、税费等一切费用，且不得高于预算控制价。折扣率=（磋商报价/预算控制价）×100%。

供应商（盖章）：

联系电话：

年 月 日