

### 附件 1：采购需求

序号	服务内容	数量	单位	备注
1	第三方医保自查自纠服务	1	项	对我院 2022 年 1 月-2024 年 6 月执行医保政策、履行医保服务协议和医疗保障基金使用以及药品、耗材、试剂进销存的情况进行检查，并提出整体评估报告。

附件 2:

## 报 价 函

我单位对该项目的报价内容无任何异议，现附报价表如下：

采购名称	总报价（元）
潮州市人民医院第三方医保自查 自纠服务采购项目	¥
金额（大写） 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分	

注：服务费、管理费、采购、运输保管、安装、税金等及采购过程中未能预见的一切费用。

附：报价明细表(如有格式自拟)

报价单位（盖章）：

法人代表（签字）：

年 月 日