一、体检报价明细表

项目名称：

供应商名称（盖章）： 法定代表人或授权代理人签字：

 单位：元

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 体检项目 | 单价价格 |
| 1 | 肝功：ALT、AST |  |
| 2 | 五官科（视觉功能检查：使用标准对数视力表进行远视力检查辨色力听力检查、耳疾嗅觉检查鼻及鼻窦疾病颜面部、咽喉、唇腭、口齿） |  |
| 3 | 胸片（胸部正位片，了解肺部情况、心脏情况和脊柱情况） |  |
| 4 | 外科（身高、体重、淋巴、甲状腺、皮肤、平跖足肢体残缺应做记录脊柱检查：检查有无脊柱侧突） |  |
| 5 | 内科（心脏、肺检查：使用听诊器听诊，检查心肺血压检查：坐位，使用听诊器测量右上肢肱动脉压肝脾检查：腹部触诊，检查有无肝脾肿大） |  |
| 合计：（大写） （小写）  |

**注：**

上表的5项内容单价合计价格为评审价格。

年 月 日

二、项目负责人简历表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 职务 |  | 职称 |  | 学历 |  |
| 办公电话 |  | 传真 |  | 移动电话 |  |
| 参加工作时间 |  | 从事本行业年限 |  |
| 具有认证资格 |  |
| 已完成项目情况 |
| 业主单位 | 项目名称 | 履约情况 | 完成时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

供应商（盖章）：

法人代表(或授权代表)（签字或盖章）： 年 月 日

**注：后附相关证书，提供2021年1月至今任意连续3个月的社保缴纳证明。**

**三、项目班子人员配备表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 部门和职务 | 职称 | 职务 | 获得认证资格证书 | 主要资历、经验及承担过的项目 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

供应商（盖章）：

法人代表(或授权代表)（签字或盖章）： 年 月 日

**注：后附提供2021年1月至今任意连续3个月的社保缴纳证明。**四、企业服务承诺一览表

|  |  |
| --- | --- |
| 服务期承诺 | 自接到甲方通知后，  |
| 保证措施 |  |
| 相关承诺 |  |

供应商（盖章）：

法人代表(或授权代表)（签字或盖章）： 年 月 日

五、近三年完成同类业绩一览表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 使用单位 | 项目名称 | 规模 | 服务期 | 合同价格（万元） | 服务质量 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

年 月 日

注：提供相关证明复印件

六、体检设备一览表

供应商名称（公章）： 法人或授权代理人签字：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 品牌型号 | 用途、参数 | 购置年限 | 设备状况 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |