附件3：

**报价单**

|  |  |
| --- | --- |
| **供应商名称（加盖公章）：** | **日期： 年 月 日** |
| **项目** | **结算价格****（元/人）** | **供应商报价****（职工生日蛋糕券）****（元/人）** | **备注** |
| 厦门市苏颂医院工会2023年度职工生日蛋糕券采购 | 300 |  | 厦门市苏颂医院工会以结算价格计算最终货款，厦门市苏颂医院工会会员以供应商报价（慰问品总面值）的额度选购节日慰问品。 |
| **说明：**1.本项目采购数量至少为44人，不超过176人，按实际人数名单结算。2.开标现场有二次报价，以二次报价作为供应商最终报价。 |
| **供应商联系人：** | **联系电话：** |