附件2

医疗责任保险服务供应商报价表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 供应商名称 | 报价（单位：元） | 备注 |
|  |  |  |

备注：1、报价包含“主险1项：医疗责任保险及附加险2项：医务人员遭受伤害责任险、医疗机构场所责任险”的一切费用。

2、测算的时候请列出详细测算依据。

联系人：

电话：

地址：

公司名称(须加盖公章)

XX年XX月XX日