附件6：

**报价表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项号 | 服务名称 | 数量  ① | 单价（元）  ② | 单项合价（元）  ③=①×② | 备注 |
| 1 | 南宁市第四人民医院2024年“四宝新春行 送福进万家”艾滋病防治宣传活动暨“四宝”健康专列发车仪式活动 |  |  |  |  |
| **报价合计（包含税费等所有费用）：（大写）人民币 （￥ 元）** | | | | | |
| **说明：报价合计金额不能超过最高限价76000元。** | | | | | |

供应商（盖单位公章）：

法定代表人或其被授权委托人（签字或盖章）：

注：表格内容均需按要求填写并盖章，不得留空，否则按响应无效处理。