**关于赣州市人民医院病种付费管理（DIP）系统项目报价**

 赣州市人民医院：

    我公司对贵单位病种付费管理（DIP）系统项目报价为     元。详细报价清单见附件。

公司名称（盖章）：

联系人：

联系电话：

日期：

**赣州市人民医院病种付费管理（DIP）系统项目报价分项表**

| **序号** | **名称** | **参数** | **单位** | **数量** | **单价** | **小计** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | **人民币 元整（**¥： ） |

公司名称（盖章）：