**附件1：报价表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目名称** | **报价（元/人次）** | **备注** |
| 富顺县人民医院医疗智慧影像云项目 |  | 应结合本项目实际需求合理报价 |
| 报价日期 |  | |