**附件1**

**投 标 文 件**

 （正本/副本）

采购项目：襄阳市第三十六中学2025年教职工体检承检医院询价采购

供应商名称（盖章）：

年 月 日

**附件2**

报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 襄阳市第三十六中学2025年教职工体检承检医院询价采购 |
| 承检单位名称 | （加盖单位公章） |
| 承检单位注册地址 |  |
| 法定代表人或其委托代理人 | 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  | 居民身份证号 |  |
| 备注 |  |

**附件3**

法定代表人授权书

襄阳市第三十六中学：

兹授权 同志为我单位参加贵校组织的2025年教职工体检承检医院询价采购的代表人，全权代表我单位处理在该项目采购活动中的一切事宜。代理期限从 年 月 日起至 年 月 日止。

被授权人无转委托权。

授权单位（签章）：

法定代表人（签字或盖章）：

签发日期： 年 月 日

附：代理人工作单位：

职务： 性别：

身份证号码：

|  |
| --- |
| 粘贴被授权人身份证（复印件） |

**附件4**

**襄阳市第三十六中学2025年教职工体检承检医院**

**报价单**

参与询价单位名称： （盖章）

|  |
| --- |
| **男 性** |
| **序号** | **项目名称** | **单价(元）** |
| 1 | 一般检查 |  |
| 2 | 内科 |  |
| 3 | 血常规 |  |
| 4 | 尿常规 |  |
| 5 | 肝功能六项 |  |
| 6 | 血脂四项 |  |
| 7 | 空腹血糖 |  |
| 8 | 肾功三项 |  |
| 9 | 糖化血红蛋白 |  |
| 10 | 癌坯抗原 |  |
| 11 | 甲胎蛋白 |  |
| 12 | 前列腺肿瘤标志物 |  |
| 13 | 肝胆脾胰双肾彩超 |  |
| 14 | 甲状腺彩超 |  |
| 15 | 前列腺+膀胱彩超（已半价无折扣） |  |
| 16 | 胸部CT（8折） |  |
| 17 | C14幽门螺旋杆菌检查 |  |
| 18 | 常规心电检查 |  |
| **合计** |  **元** |
| **优惠价** |  **元** |
|  |
| **女 性** |
| **序号** | **项目名称** | **单价(元）** |
| 1 | 一般检查 |  |
| 2 | 内科 |  |
| 3 | 血常规 |  |
| 4 | 尿常规 |  |
| 5 | 肝功能六项 |  |
| 6 | 血脂四项 |  |
| 7 | 空腹血糖 |  |
| 8 | 肾功三项 |  |
| 9 | 癌坯抗原 |  |
| 10 | 癌抗原125(CA125) |  |
| 11 | 肝胆脾胰双肾彩超 |  |
| 12 | 甲状腺彩超 |  |
| 13 | 乳腺彩超+腋窝淋巴结 |  |
| 14 | 子宫、附件彩超 |  |
| 15 | 胸部CT |  |
| 16 | 妇科 |  |
| 17 | 白带常规 |  |
| 18 | HPV16/18 |  |
| 19 | C14幽门螺旋杆菌检查 |  |
| 20 | 常规心电检查 |  |
| **合计** |  **元** |
| **优惠价** |  **元** |

因甲方体检人员个人原因需调换体检项目时，可以享受的团购折扣说明：

 。