附件3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **服务调研表** | | | | | |
|  |  | | | | |
| 项目名称 | 东院区放射科CT室和周边区域修复修缮项目 | | | | |
| 公司名称 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 资格审查 （自查） | 公司资质（ ） | 报价单（ ） | | 营业执照（ ） | |
| 同类业绩（ ） |  | |  | |
| 公司其它资质（和本项目相关） | 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 同类业绩（和本项目类似，具代表性） | 1.单位名称及项目 成交价格： | | | | |
| 2.单位名称及项目 成交价格： | | | | |
| 3.单位名称及项目 成交价格： | | | | |
| 项目方案 |  | | 实施/服务方案（ ） | | |
| 报价方式 | 邮箱□ 其他□ | | | | |
| 公司确认 | 项目报价： | |  | | |
| 项目完成交付时间： | |  | | |
| 其他：以上报价有效期为 个月 | | | | |
|  | | | | |
| 签字确认： （盖章） 2023 年 月 日 | | | | |