## 附件1：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **样品** | **检测指标（项）** | **检测点数（个）** | **样品数量（个）** | **单价（元）** | **年次数** | **总价****（元）** |
| 1 | 诊断室1# | 甲醛 | 2 | 1 |  | 1 |  |
| 2 | 甲苯 | 2 | 1 |  | 1 |  |
| 3 | 二甲苯 | 2 | 1 |  | 1 |  |
| 4 | 染色室2# | 甲醛 | 2 | 1 |  | 1 |  |
| 5 | 甲苯 | 2 | 1 |  | 1 |  |
| 6 | 二甲苯 | 2 | 1 |  | 1 |  |
| 7 | 取材室 | 甲醛 | 2 | 1 |  | 1 |  |
| 8 | 甲苯 | 2 | 1 |  | 1 |  |
| 9 | 二甲苯 | 2 | 1 |  | 1 |  |
| 10 | 差旅费 |  |  |
| 11 | 管理咨询费 |  |  |
| 12 | 报告编制费 |  |  |
| 13 | 快递费 | / |  |
| 14 | 税费 |  |  |
| 合计金额：大写： 元整 ，（小写） 元 |

## **保亭县人民医院病理科环境评估检测服务项目**

## **市场询价清单**

以上合计报价含税费、含人工费、物料费等包含检测检验操作施工过程中可能产生的其他费用。

**参与报价的供应商可自行现场勘察，有技术疑问可来电咨询。**

报价单位： （盖章）

联 系 人： 身份证号：

电 话： 日 期：2024年 月 日