附件：

报价单位：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **惠州市中大惠亚医院第三方满意度测评报价表（\*\*\*公司）** | | | | | |
| 序号 | 公司名称 | 法人 | 职务 | 报价总额 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 填表说明：其他需要说明的情况。 | | | | | |
| 联系人： 联系电话： | | | | | |

备注：1、拟开展两个季度，每个季度开展一次满意度调查。