广西壮族自治区生殖医院医疗责任保险服务报价函

广西壮族自治区生殖医院：

我公司报名参加广西壮族自治区生殖医院医疗责任保险征询活动，现将报价回复如下：

总保险费用合计金额大写：人民币 （￥ ）

二、保险方案明细表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 保障内容 | 赔偿限额 | 保费报价（元） | 总保费报价（元） |
| 主险 | 医疗责任其中每人赔偿限额 | 200000元 |  |  |
| 医疗责任累计赔偿限额 | 1000000元 |
| 精神损害每人赔偿限额 |  |
| 法律费用累计赔偿限额 |  |
| 法律费用每次事故赔偿限额 |  |
| 附加险 | 医疗机构工作人员遭受伤害责任保险 |  |  |
| 医疗机构场所责任保险 |  |
| 医务人员法定传染病责任保险 |  |
| 外请医务人员医疗责任保险 |  |
| 进修医务人员责任保险 |  |
| 合计金额大写：人民币 （￥ ） | | | | |

注：

1.供应商须按要求填写所有信息，不得随意更改本表格式。

2.报价包括完成本项目所需的一切费用，须精确到小数点后两位数。

3.报价单位在填报调研报价时，应根据公司自身的成本核算情况，充分考虑相关风险。一经参与，即认为供应商已充分考虑有关风险，愿意承担因这些风险所造成的一切经济损失，并放弃因此造成的损失求偿权。

4.联系人：

联系人电话：

法定代表人或授权委托代理人签字：

供应商单位名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日