附件3

**广东省英德市人民医院2024年第三方**

**满意度测评项目报价单**

项目名称： 广东省英德市人民医院2024年第三方满意度测评项目

报价单位（盖章）：

报价金额：

大写金额：

报价明细表：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目内容** | **样本量** | **报价** | **备注** |
| 患者满意度（含满意度测评报告） | 门诊患者 | ≥1200份 |  |  |
| 住院患者 | ≥600份 |  |  |
| 出院患者 | ≥200份 |  |  |
| 合计 | ≥2000份 |  |  |
| 员工满意度（含满意度测评报告） | ≥1300份 |  |  |
| 服务流程检测与分析（含报告） | — |  |  |
| 总计 |  |  |

联系人：

联系电话：