附件一:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **百色市中医医院 后勤服务社会化项目报价单** |
| 项目名称 | 服务期 | 报价金额（元） | 备注 |
| 百色市中医医院后勤服务社会化项目 | 2年 | 　　　　　　　　 | 　　 |
| 合计 | 　 | 　 |  |
|  |  |  | 报价单位：（盖章） |
|  |  |  |  |
|  |  |  | 代表人签字： |
|  |  |  |  |
|  |  |  | 联系电话： |
|  |  |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |
|  |  |  |  |