云南省第一人民医院共享雨伞项目咨询一览表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** | |  | | **报名公司项目负责人** | |  |
| **联系电话** | |  | | **医院收取管理费用情况** | |  |
| **租用方式**  **（或流程）** |  | | | **设备耗电等情况** | |  |
| **押金** | **□ 无**  **□ 有 元** | | **优惠福利** | |  | |
| **公司是否派专人定期管理** | * **是** * **否** | | **其他需要说明的情况** | |  | |

注：严禁修改表格，请按要求逐项填写。