**云南省第一人民医院太平间出租租金评估服务项目报价表**

年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **公告项目名称** | **项目完成时间** | **第一次报价（元）** | **最终报价（谈判现场填写）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **服务及补充说明：** | | | | |

**公司名称（盖章）：**

**报名公司项目负责人现场签字确认：**

**签字日期（现场签字日期）： 年 月 日**

**联系电话：**