**报价表**

**项目名称：**云南省第三人民医院太平间委托服务项目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人单位名称 | 谈判总报价  （万元/年） | 承包期限 | 质量承诺 | 备 注 |
|  |  | 年 |  |  |

**注：小数点后保留两位。**

申请人： （盖单位公章）

法定代表人或授权代理人： （签字）

日期： 年 月 日