附件1

回收报价清单

项目名称: 云南省第三人民医院报废医疗设备处置项目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **回收内容** | **报价（单位：人民币、元）** | **工期（天）** |
| 报废医疗设备一批 | 总金额合计（大写）： 元  （小写：￥ 元 ） |  |
| 备注 | 报废设备清单以实物移交清点为准 | |

注：1.报价人须按要求填写所有信息，不得更改本表格式。

2.回收公司须负责设备报废处置一切服务内容，包括但不限于拆卸、搬运、人工费及保险等。

3.报价文件签字盖章后单独密封，按要求提交医院。

供应商： （盖单位章）

法定代表人或其委托代理人： （签字或签章）

日期： 年 月 日