## 报价函

投标人名称：

项目名称：珠海市第三人民医院（珠海市慢性病防治中心）报废固定资产回收处置项目

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **内容** | **数量** | **报价****（人民币元）** | **报价有效期** |
| **珠海市第三人民医院（珠海市慢性病防治中心）报废固定资产回收处置项目** | 一批 | 小写：RMB大写： | 2023年10月 日至2023年10月 日 |

投标人名称（盖公章）：

法定代表人或投标人授权代表（签名或盖章）：职务：日期

**备注：**

* 1. **此表内投标报价为最终价，投标文件内不得含有任何对本报价进行修改的其他说明或资料，否则为无效投标。**
	2. **投标报价要求具体见项目公告要求。**