# 附件

**报价单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **联系人** |  | | **日期** |  | |
| **电话** |  | | **邮箱** |  | |
| **序号** | **项目名称** | **清运频次** | **预估桶数**  **（桶/月）** | **单价**  **（元/桶/月）** | **总价**  **（元/年）** |
| **1** | **赣州市妇幼保健院赣康路院区生活垃圾清运服务** | **每天2次** | **40** |  |  |
| **备注：以上报价包含人工费用、运输费用、管理费用及税金等其他所有费用。** | | | | | |

**响应供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：**

**响应供应商名称（盖章）：**