

附件2:

阳春市人民医院报废固定资产回收项目报价函

我方已详细阅读《关于阳春市人民医院报废固定资产回收项目的询价公示》，现自愿参与该项目报价，相关信息如下：

1. 报价单位名称：_____
2. 统一社会信用代码：_____
3. 废品回收经营资质证书编号：_____
4. 联系人：_____
5. 联系电话：_____
6. 报价金额：人民币 _____ 元(大写：_____)

我方承诺：

- 所提供的资质文件及报价信息真实、合法、有效；
- 若被确定为中选单位，将按医院要求及时完成报废资产的回收与清运工作。

报价单位（盖章）：_____

日期：_____年_____月_____日