# 附件

**生活垃圾清运服务报价单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **联系人** |  | | **日期** |  | |
| **电话** |  | | **邮箱** |  | |
| **序号** | **项目名称** | **清运频次** | **每次预估**  **桶数（桶/次）** | **每桶每次 单价**  **（元/桶）** | **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** | **2次/天** | **上午约60桶/次、**  **下午约40 桶/次** |  |  |
| **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）：**