**附件**

报价单

单位名称：富顺县精神病医院

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称 | 报价（元） | 备注 |
| 富顺县精神病医院岗位审计 |  |  |

报价公司（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

联系电话：