附件：

楚雄彝族自治州中医医院 **常年法律顾问聘用服务** 项目报价表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** |  | **报名公司项目负责人** |  | **联系电话** |  |
| **报价（人民币）** |  | | | | |
| **类似项目其他**  **医院实施名单** |  | | | | |
| **服务承诺：** | | | | | |

注：以上表格内容需全部完整填写，严禁修改表格。 楚雄彝族自治州中医医院制