**医院消防评估项目情况了解表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **公司全称**  **（盖章）** |  | | |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **填表日期** | 年 月 日 | | |
| **项目名称** | 南通市第二人民医院消防评估 | | |
| **完成评估**  **所需时间** | 个工作日 | | |
| **评估费用**  **（元）** | 按每平方米报单价，或者按现有参考面积（7.8万平方米）报总价  大写：  小写： | | |
| **主要服务**  **内容简述** |  | | |
| **评估执行**  **的标准** |  | | |
| **其他优惠条件** |  | | |
| **是否已提供合作用户名单** |  | | |
| **是否已提供医疗单位案例合同** |  | | |