**项目情况了解表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **公司全称**  **（加盖公章）** |  | | |
| **法定代表人或授权代表**  **（签字）** |  | 联系电话 |  |
| **填表日期** | 年 月 日 | | |
| **项目名称** | 南通市第二人民医院内后勤外包服务项目 | | |
| **费用预估**  **（元）** | 可自行拟定收费说明  大写：  小写： | | |
| **付款方式要求** |  | | |
| **是否以提供省内用户名单** |  | | |
| **是否已提供省内医疗用户合同** |  | | |
| **其他优惠条件** |  | | |