附件

**上饶市妇幼保健院共享充电宝投放项目比选报价表**

|  |
| --- |
| 比选时间： 年 月 日 |
| 比选单位名称： |
| 授权代表姓名及联系方式：1、联系人：  2、电话： |
| 服务响应时间： |
| 收费标准： |
| 增值服务： |