**赤峰市医院气体站正负压设备维保服务需求调查表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **服务期限** | **年度报价****（单位：元）** | **备注** |
| 1 | 气体站正负压设备维保服务 | 1年 |  |  |

**联系人：**

**联系电话：**

 **单位（盖章）：**

**年 月 日**