# 报价单

医院合作管理费为业务收入的 %，且不低于 元/年。

备注：如果按各产品分别计算，可单独列出。

报价单位（盖章）：

法定代表人（或授权代表人）签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日