附件1

**云浮市云安区第二人民医院**

**安保服务**

**报名单位：**

**联 系 人：**

**联系电话：**

**日 期： 年 月 日**

**目 录**

一、营业执照副本复印件；

二、服务的报价；

三、服务的方案；

四、提供相关资格证明文件及体现能力的佐证材料；