**关于2024年至2025年县城公共外环境病媒生物防制服务项目采购需求反馈意见**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 本项目采购需求中提出内容（请详细标明该内容及该内容在采购需求中的页码） | 是否具有歧视性及排他性（请明确 “是”或 “否”） | 表述是否清晰（请明确 “是”或“否”） | 修改理由及修改建议（请明确说明，可后附相关材料） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 针对本项目采购需求的其他反馈意见 |
| 1 |  |
| 2 |  |
|  |  |

请广大市民针对本项目技术需求按上表提出修改或补充意见。

名称（必填）：

联系人姓名（必填）:

联系方式（必填）：

邮箱（必填）：

日期： 年 月 日