附件1.6

# **电梯维保质量不合格率达10%以上维保单位报告单**

填报单位： （盖章） 联系人: 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 维保单位名称 | |  | 维保单位地址 |  | 负责人姓名 |  | 联系方式 |  |
| 计划监督抽查总数 | |  |  |  | 监督抽查  不合格数量 |  | 监督抽查  不合格率 |  |
| **监督抽查不合格设备清单** | | | | | | | | |
| 设备注册代码 | 使用单位 | | 使用单位联系人及联系方式 | 安装地址 | | 存在的标\*类不符合项 | | 备注 |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |