**承 诺 函**

本公司委派回收人员 身份证号码为

负责回收福建医科大学附属口腔医院已报废 设备。本公司承诺回收完毕之后，将对回收的设备进行合法且安全的拆卸处置，不会用于其他用途。回收完毕后，本公司拆卸处置过程中若发生任何的安全问题由本公司自行承担。

承诺人：（加盖公章）

日期：