**附件1**

**浙江省人民医院毕节医院**

**（毕节市第一人民医院）**

**医学装备维修市场调研（询价）报名登记表**

报价单位名称：

单位地址：

联系人： ; 联系电话：

最近的办事处地点：

（毕节市内/贵州省内毕节市外/贵州省外）

市场调研（询价）项目

浙江省人民医院毕节医院（毕节市第一人民医院）

医学装备维修市场调研（询价）

我单位已认真阅读并理解贵方发布的浙江省人民医院毕节医院（毕节市第一人民医院）医学装备维修（询价）公开市场调研公告，满足贵方“供应商资格要求”的所有内容。我方报名参加本次公开询价活动，并郑重承诺所提供的报价内容真实有效。

单位名称（盖章）： 日期：2023年 月 日