附件1

**浙江省人民医院毕节医院（毕节市第一人民医院）**

**制氧系统检测评估 询价报名登记表**

报价单位名称：

单位地址：

联系人： ; 联系电话：

项目：

1、制氧系统检测评估公开市场调研。

我单位已认真阅读并理解贵方发布的制氧系统检测评估公开市场调研公告，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

附件2

 **公司 报价单**

报价项目：毕节市第一人民医院制氧系统检测评估项目公开市场调研

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **服务时限** | **报价（元）** | **备注** |
| 1 | 制氧系统检测评估项目 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

公司名称（盖章）：

联系电话：

日期：