浙江省人民医院毕节医院询价报名登记表

**报价单位名称**：

**单位地址**：

**联系人**： ; **联系电话**：

**报名项目**：浙江省人民医院毕节医院手术室外科口罩询价采购项目

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手术室外科口罩询价采购项目**公告，满足贵方“申请人资格要求”的所有内容。我方报名参加本次询价采购项目，并郑重承诺所提供的报价内容真实有效。

我方承诺，若选中产品报价，需经过相关试用环节,我方在接到院方通知后将相应产品送到医院医学装备科安排试用。若试用通过，能满足医院实际使用需求，则与院方达成供货关系，我方与院方按流程签订购销合同。若试用不通过，不能满足院方实际使用需求，则我方自行收回试用样品，本次询价采购作废。

单位名称（盖章）：

日期：2023年 月 日