附件1

**浙江省人民医院毕节医院（毕节市第一人民医院）**

**病历邮寄业务服务项目询价报名登记表**

报价单位名称：

单位地址：

联系人： ; 联系电话：

项目：

1、浙江省人民医院毕节医院（毕节市第一人民医院）病历邮寄业务服务项目公开市场调研。

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）病历邮寄业务服务项目公开市场调研公告，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：浙江省人民医院毕节医院（毕节市第一人民医院）病历邮寄业务服务项目公开市场调研

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **服务项目名称** | **服务期** | **单价（元）** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

合计金额：

公司名称（盖章）：

联系电话：

日期：