附件1

**浙江省人民医院毕节医院2024年新生儿科设备采购设备采购项目公开询价报名登记表**

报价单位名称：

单位地址：

联系人： 联系电话：

项目名称：浙江省人民医院毕节医院2024年新生儿科设备采购设备采购项目公开询价

备注：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2024年新生儿科设备采购设备采购项目公开询价公告，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：2024年 月

附件2

 **公司 报价单**

报价项目：浙江省人民医院毕节医院2024年新生儿科设备采购设备采购项目公开询价

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格型号** | **单价（元）** | **数量** | **备注（根据供应商自身产品描述）** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

合计金额：

公司名称（盖章）：

联系电话：

日期：