附件1

**浙江省人民医院毕节医院关于泌尿外科设备公开**

**询价（二次）报名登记表**

报价单位名称：

单位地址：

联系人： 联系电话：

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关于泌尿外科设备公开询价（二次）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 日

附件2

 **公司 报价单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **规格型号** | **数量** | **生产厂家** | **单价** |
| 1 | 超脉冲掺铥光纤激光治疗机 |  |  |  |  |

公司名称（盖章）：

联系方式：

 日期：