附件1

**浙江省人民医院毕节医院DIP质控系统与病案系统数据接口搭建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：

1、浙江省人民医院毕节医院DIP质控系统与病案系统数据接口搭建采购项目。

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DIP质控系统与病案系统数据接口搭建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。我方报名参加本次市场调研活动，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**

报价项目：浙江省人民医院毕节医院DIP质控系统与病案系统数据接口搭建采购项目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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：