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三次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：

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三次公开询价公告，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三次公开询价

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