浙江省人民医院毕节医院询价采购报名登记表

**报价单位名称**：

**单位地址**：

**联系人**： ; **联系电话**：

**报名项目**：浙江省人民医院毕节医院中性缓冲福尔马林组织固定液询价采购项目

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中性缓冲福尔马林组织固定液采购项目**公告，满足贵方“申请人资格要求”的所有内容。我方报名参加本次询价采购项目，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