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金海湖院区放射科铅防护用品询价采购项目

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金海湖院区放射科铅防护用品询价采购项目**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。

我方承诺，若选中产品报价，需经过相关试用环节,我方在接到院方通知后将相应产品送到医院医学装备科安排试用。若试用通过，能满足医院实际使用需求，则与院方达成供货关系，我方与院方按流程签订购销合同。若试用不通过，不能满足院方实际使用需求，则我方自行收回试用样品，本次询价采购作废。

单位名称（盖章）：

日期：2024年 月 日