附件1

**浙江省人民医院毕节医院关于肾内科维保三次公开询价**

**报名登记表**

报价单位名称：

单位地址：

联系人： 联系电话：

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肾内科维保三次公开询价公告，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**

活动名称：浙江省人民医院毕节医院关于肾内科维保三次公开询价

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **维保设备品牌及名称** | **规格型号** | **数量** | **单价（元）** | **备注（根据供应商自身产品描述）** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

合计金额：

公司名称（盖章）：

联系电话：

日期：