附件1：

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病理科盖玻片及封片剂询价采购项目

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病理科盖玻片及封片剂采购项目**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