附件1

**浙江省人民医院毕节医院2025年危化品采购二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2025年危化品采购二次公开询价公告，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：2025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2025年危化品采购二次公开询价

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **品名** | **规格型号** | **单价（元）** | **数量** | **分项小计** | **备注（根据供应商自身产品描述）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 合计：**(该报价须包含招标代理服务费等各项成本)**小写： （元） 大写： |

公司名称（盖章）：

联系电话：

日期：