附件1

**浙江省人民医院毕节医院2025年金海湖院区水晶垫采购项目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年金海湖院区水晶垫采购项目公开询价要求，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**

报价项目：浙江省人民医院毕节医院2025年金海湖院区水晶垫采购项目

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 产品名称 | 产品技术参数 | 单位 | 数量 | 报价（元）**(该报价须包含招标代理服务费等各项成本)** | 备注 |
| 1 | 浙江省人民医院毕节医院2025年金海湖院区水晶垫采购项目 | 水晶垫 | 材质：PVC;  颜色：透明；  厚度：1.5mm | ㎡ | 1 |  | 供应商需根据采购方要求剪裁并安装 |

公司名称（盖章）：

联系方式：

日期：