附件1

**浙江省人民医院毕节医院2025年至2028年**

**广惠路院区后勤物业采购项目询价报名登记表**

报价单位名称：

单位地址：

联系人： 联系电话：

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年至2028年广惠路院区后勤物业采购项目**的询价要求，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：

（公司名称） 报价单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | **报 价（元/年）** | **报 价（元/3年）** | **备注** |
| 浙江省人民医院毕节医院2025年至2028年广惠路院区后勤物业采购项目 |  |  |  |

****注：1.该公开询价并非采购行为，各单位提供的相关服务信息仅用于提高本单位对该服务的认知，不作为本单位采购行为的任何承诺。****

****2.供应商参与报价时，需考虑招标代理服务费等所有成本费用。****

报价单位名称：           （盖章）

经办人：

联系电话：

日期：     年     月     日