附件2

**浙江省人民医院毕节医院2025年安全检查工作整改服务采购项目报名登记表**

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年安全检查工作整改服务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：浙江省人民医院毕节医院2025年安全检查工作整改服务采购项目****

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格/型号** | **生产厂家** | **技术参数** | **数量** | **单价** | **总价** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单价合计 | 小写： |
| 大写： |

****注：本次报价包括本项目的所有内容和产品（设备）购置费、包装运输费、二次搬运费、安装调试费、保险费、现场保管费、验收费、 售后服务费、利润、各种税金及招标代理服务费等一切费用。，请各潜在供应商在报价时充分考虑上述费用再报价。****

报价单位名称：           （盖章）

经办人：

联系电话：

日期：     年     月     日