附件1

**浙江省人民医院毕节医院2025年标本盒、透明收纳盒、单体盒等物资采购项目公开三次询价报名登记表**

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年标本盒、透明收纳盒、单体盒等物资采购项目（三次）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年标本盒、透明收纳盒、单体盒等物资采购项目（三次）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 规格参数 | 品牌型号 | 生产厂家 | 单位 | 单价（元） | 备注 |
| 1 | 标本盒 | 2层，长35cm,宽25cm，高33cm |  |  |  |  |  |
| 2 | 透明收纳盒 | 长33cm,宽23cm，高15cm |  |  |  |  |  |
| 3 | 单体盒 | 长41cm,宽11cm，高7.5cm |  |  |  |  |  |
| 4 | 钥匙箱 | 72位 |  |  |  |  |  |
| 5 | 收纳筐 | 长50cm\*宽35cm\*高16.5cm |  |  |  |  |  |
| 6 | 抽屉式收纳盒 | T-5;外形规格：164\*600\*133（mm） |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |

特别说明：报价需包含本项目的所需安装调试、人工、税费、售后服务等完成本项目所有服务内容直至达到付款条件的一切费用，格子不够自行添加调整。

公司名称（盖章）：

联系方式：

日期：