附件1

**浙江省人民医院毕节医院2025年消证字号物资采购 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年消证字号物资采购**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年消证字号物资采购****

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格** | **生产厂家** | **单位** | **数量** | **单价** | **总价** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | 小写： |
| 大写： |

****注：本次报价为送达采购人指定地点的全部费用（包含招标代理服务费；上、下车人工费；运输费；检测费；保险费；验收前保管费（含场租费）；相关税费；验收费用；管理费用等所有费用）。**此报价里面的每项必须是整包报价，不能漏项或缺项。**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