附件1

**浙江省人民医院毕节医院2025年医用布草采购项目**

**市场询价报名登记表**

报价单位名称：

单位地址：

联系人： 联系电话：

项目名称：浙江省人民医院毕节医院2025年医用布草采购项目

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年医用布草采购项目市场询价公告，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： 年 月 日