附件1

**浙江省人民医院毕节医院2025年神经内科空调采购项目公开询价报名登记表**

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年神经内科空调采购项目公开询价要求，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年神经内科空调采购项目

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 型号 | 品牌 | 生产厂家 | 单位 | 数量 | 单价（元） | 合计（元） | 备注 |
| 1 | 空调 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | （辅材） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | （辅材） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | （辅材） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | | | | | | |  |  |

特别说明：报价需包含本项目的铜管、支架、排水管等所需安装调试以及人工、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（辅材不做据实结算，若有需请联系项目联系人查看现场），格子不够自行添加。

公司名称（盖章）：

联系方式：

日期：