附件2：

**思南县人民医院**

**2025年第二批医疗设备公开市场询价**调研报名登记表

报价单位名称：

单位地址：

联系人： 联系电话：

项目名称：思南县人民医院第二批医疗设备采购项目

备注：我单位已认真阅读并理解贵方发布的思南县人民医院2025年第二批医疗设备采购项目公开市场询价调研公告，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市场询价调研活动，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