**附件一：**

**调研询价报价文件**

会理市人民医院

兹报送：会理市人民医院关于2025年网络安全等级保护测评服务询价报价单一份

报价单位（盖章）：

经办人： 电话：

报价日期： 年 月 日

**（备注：此表填写盖章后贴于快递封面）**