达州市中心医院供应商征集报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 供应商名称 |  |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 联系邮箱 |  |
|  |  |  |  |
| 项目编号 |  |
| 项目名称 |  |
| 品牌型号 |  |
| 生产厂家 |  |
| 备注：请仔细核对联系邮箱，谈判邀请函将以邮件形式发送。 |

日期 ：2023年 月 日

（加盖骑缝章）

------------✂----------------------------------------------------------------------------------

回执单

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称： |  |

招标采购科签字：

日期 ：2023年 月 日