达州市中心医院

妇科高频电刀采购项目报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | | |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 联系邮箱 |  | | |
|  |  |  |  |

日期 ：2024年 月 日

（供应商加盖骑缝章）

达州市中心医院招标采购科（盖章后报名有效）

达州市中心医院

妇科高频电刀采购项目报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | | |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 联系邮箱 |  | | |
|  |  |  |  |

日期 ：2024年 月 日