达州市中心医院

社会采购代理机构遴选项目报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 公司名称 |  | | |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 联系邮箱 |  | | |

日期 ：2023年 月 日

（加盖骑缝章）

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

回执单

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称： | 达州市中心医院社会采购代理机构遴选项目 |

招标采购科签字：

日期 ：2023年 月 日