供应商报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 互联网+医疗基层服务端扩展项目(二期) |
| 供应商名称 |  |
| 公司地址 |  |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 委 托 人 |  | 联系电话 |  |
| 传 真 |  |
| 手 机 |  |
| E-mail地址 |  |

备注：此表需盖公章，请将此表电子版和盖章扫描版在2024年9月11日前发至wurui@gdph.org.cn