项目报名表

项目名称：

|  |  |
| --- | --- |
| 采购人 | 红河哈尼族彝族自治州第三人民医院 |
| 供应商名称（盖章） |  |
| 联系地址 |  |
| 联系人 |  | 手机及电话 |  |
| 传真 |  | 邮政编码 |  |
| 电子邮箱 |  | 报名日期 |  |
| 法定代表人或其委托代理人（签字或盖章） |  |

（注：请认真填写完整后扫描成pdf文件发送至hhzsycgb@163.com邮箱，既报名成功。附营业执照扫描件）