德阳市罗江区中医医院

供应商报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报名时间 | 项目名称 | | 项目报名  截止时间 |
|  |  | |  |
| 供应商名称 | 授权联系人 | 联系电话 | 联系邮箱 |
|  |  |  |  |
| **备注：**   1. 请务必核对项目名称，如因选择错误导致报名信息错误，请自行承担。 2. 采购文件通过电子邮件形式发送至报名邮箱，请注意查收，如未收到，请联系向老师，联系电话0838-3207120 3. 请自行查收文件。不予以未收到邮件、未及时查看邮箱等为由延迟递交文件。 | | | |