附件：报名表

|  |
| --- |
| **报名表** |
| 项目名称：深圳市人民医院社会采购代理机构遴选 |
| 报名单位名称（全称） |  |
| 联系人/联系电话 |  |
| 公司地址及邮编 |  |
| 公司电话 |  |
| 公司传真 |  |
| 公司电子邮箱 |  |
| 备注 |  |
| 报名日期 |  年 月 日 |
| 说明 |  |
| 社会采购代理机构（公章）： |