|  |
| --- |
| **金堂县第一人民医院院内采购项目报名表** |
|  |
| **项目名称** |  |
| **项目编号** |   |
| 公司名称（加盖公章） | 联系人 | 联系电话 |
| 　　 | 　 | 　 |
| ★我已知晓：本次投标的采购项目的所有要求。★我承诺：我公司提交的资料均真实有效，愿自行承担一切后果。 法人或授权代表签字：  年 月 日  |