|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | |