|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 成都市第二人民医院比选供应商报名登记表  （一家供应商填写一份） | | | | |
| 项目名称及包件 | 供应商名称 | 授权人 | 联系电话 | 比选任务书/比选文件  发送邮箱 |
| 全自动凝血分析仪 1包 | 无人报名 |  |  |  |
| 核实是否与公司营业执照名称一致：□一致 □不一致 | | 是否通过报名：□是 □否 | | |
| 项目经办人： 时间： | | | | |