|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 供应商名称 |  |
| 报名人员 |  | 联系电话 |  |
| 项目负责人 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 供应商资质审查　 | 主要经营品牌： | 　　 |
| 经营范围： | 　 |
| 具有相关的资质证书 | 　 |
| 其他说明事项 |   |

**云南省精神病医院采购项目报名回执表**

**请加盖公章，并扫描成PDF格式发送至指定邮箱。**