|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 云南省精神病医院短视频合作项目 | 公司（单位）名称 |  |
| 宣讲人 |  | 联系电话 |  |
| 技术负责人 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 资质审查　 | 经营范围： | 　　　 |
|  |  |
| 具有相关的资质证书（如有提供） | 　 |
| 其他说明事项 |   |

**云南省精神病医院采购项目市场咨询会**

 **报名回执表**