|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 云南省精神病医院陪护服务合作项目 | 供应商名称 |  |
| 项目负责人 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 供应商基本情况　 | 主要经营范围： | 　　　 |
|  |  |
| 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**

**注：此表需加盖单位公章方为有效。**