|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。**