|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | | 云南省精神病医院微生物全自动鉴定药敏系统试剂采购项目（二次） | | 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 | 请上传加盖公章的扫描件 | | | | |

**云南省精神病医院采购项目报名回执表**