|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 云南省精神医院互联网专线服务项目（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**