附件2：（报名表）

|  |
| --- |
| **成都市温江妇幼保健院院内采购项目** |
| **报名表** |
| **项目编号** | WJFY-CGK-24-112 |
| **项目名称** | 成都市温江区妇幼保健院病历复印邮寄服务采购项目 |
| 公司名称（加盖公章） | 联系人 | 联系电话 |
|  |  |  |
| ★我已知晓：本次项目的所有要求。★我承诺：我公司提交的资料均真实有效，愿自行承担一切后果。确认签字： 年 月 日 |