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 | | |