|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **内江市中医医院化学发光免疫分析仪采购项目报名表** | | | | |
|  | **时间：** |  | | **地点：新区健民楼3楼采供科** | |
|  | **网络报名填写** | | | **现场填写** | |
| **序号** | **公司名称** | **姓名** | **联系号码** | **授权人签到** | **签到时间** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| 报名信息请发送至：**njszyyyzb@163.com**（邮件名称“公司名称+项目名称报名表”） | | | | | |