需求咨询报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 巴中市中心医院医院信息系统升级改造 |
| 供应商名称 |  |
| 注册地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 备注 |  |

法定代表人/单位负责人（签字或盖章）：XXX

授权代表签字：XXX

供应商名称：XXX （盖单位公章）

日 期：XXX年XXX月XXX日