

报名记录表

项目名称	肇庆市第一人民医院 (肇庆市医疗紧急救援中心) 激光治疗设备维保服务采购项目	文件编号	ZX23CGFG09034Z	
所投包组	/	文件价格	¥300.00/每套	
购买文件单位名称				
地址				
购买文件经办人	姓名		E-MAIL	
	联系电话			
项目负责人	姓名		传真	
	联系电话			
领取文件签名确认	签名: _____ 年 月 日			
以下内容由采购代理机构填写				
采购代理机构 审核意见	报名资料审核: 项目负责人(签名): _____ 年 月 日			
备注				