

## 报名记录表

项目名称	广宁县中医院医用液态氧供应采购项目	文件编号	ZX23CGHX09029Z	
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			
<b>以下内容由采购代理机构填写</b>				
采购代理机构审核意见	资格审核：  项目负责人（签名）：_____ 年 月 日			
备注				