

## 报名记录表

项目名称	广宁县中医院专业诊疗配套设施采购项目	文件编号	ZX23CGHG09032Z	
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：  <div style="text-align: right;">                     项目负责人（签名）： _____ 年 月 日                 </div>			
备注				