

恩平市妇幼保健院服务类项目院内采购报名表

| | | | |
|----------------|--|------|--|
| 项目名称 | 2024年度食材配送服务项目 | | |
| 项目编号 | 456190658-2024-05-007 | | |
| 报名单位名称 (盖章) | | | |
| 报名日期 | 年 月 日 | | |
| 联系人 | | 联系电话 | |
| 资质情况 | 有相关复印件打“√”：《营业执照》 <input type="checkbox"/> ，《税务登记证》 <input type="checkbox"/> ，《组织机构代码证》 <input type="checkbox"/> ，或者“三证合一” <input type="checkbox"/> 。 其他资质（自填）： | | |