

恩平市妇幼保健院市场调研类报名表

项目名称	江门市食源性疾病网络互联互通模块及系统改造和对接体检系统接口服务项目		
项目编号	456190658-2024-04-017		
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	<p>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"/>。</p> <p>其它资质（自填）：</p>		