

恩平市妇幼保健院设备类项目院内采购报名表

项目名称	医用臭氧妇科治疗仪采购项目		
项目编号	456190658-2024-03-001		
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》 ☐ ，《税务登记证》 ☐ ，《组织机构代码证》 ☐ ，或者“三证合一” ☐ 。 其他资质（自填）：		