**西南医院供应商报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 公司名称 |  |
| 销售代表姓名及联系方式 |  |
| 投标项目名称 |  |
| 投标项目编号 |  |
| 投标项目的具体名称、主要内容 |  |

公司填报人： 填报时间： 年 月 日

医院采购中心接收人： 收件时间： 年 月 日