**报 名 表**

|  |
| --- |
| 项目名称：营养专柜营养素配送服务项目 |
| 询价单位：广西壮族自治区生殖医院 |
| 论证内容：详见公告 |
| 以 下 供 应 商 填 写 |
| 供应商单位名称： |
| 联系人：　　　 身份证号： |
| 办公电话： 手机号码： |
| 电子邮箱： |
| 代理人签名：  日期： 年 月 日 |