附件一

**九〇三医院有害生物防治服务项目报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **项目编号** |  |
| **供应商名称**  **（须与投标时的名称一致）** |  |
| **公司简介** |  |
| **供应商联系方式** | **联系人：**  **办公地址：**  **电话：**  **移动电话：**  **电子邮箱**： |
| **是否需要纸质招标文件** |  |
| **报名日期** |  |

**注：以上表格信息请填写完整，否则影响投标报名。**