**成都市新都区妇幼保健院项目报名登记表**

项目名称: 成都市新都区妇幼保健院有害生物防治服务采购项目

|  |  |
| --- | --- |
|  报名单位全称 |  |
|  报名日期 | 年 月 日 时 |
| 姓名 | 职务或职称 | 联系方式 |
| 传真号码 | 电话号码 | 手机 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Email |  |

注：1.填写的单位名称必须与参加招投标活动的单位名称一致。

 2.须按比选公告要求递交相应资料