

采购文件信息登记表：

医院有害生物防治服务项目信息登记表

项目编号：2025-JH1901-F3174

包件名称： /

填表日期： 2025 年__月__日

包件号： /

单位名称	供应商名称	
	供应商地址	
	统一社会信用代码/组织机构代码	
登记人	姓名	
	手机号码	
授权代表	姓名	
	手机号码	
	固定电话	
	邮箱地址(用于接收招标文件， 请填写时字迹工整)	