

报名登记表

项目名称	鄞阳区柳陂镇卫生院 CT 机（二次）采购项目		
项目编号	SYYS-YY-2025-003		
供应商全称			
详细地址		邮政编码	
法定代表人 (负责人)		注册资金	
联系电话		传真	
投标联系人	姓名	电话号码（手机）	E-mail/QQ
领取《磋商文件》	经办人(签字): _____ 供应商(盖章): _____ 年 月 日		
备注			