**台州市第二人民医院投标单位报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 项目编号 |  |
| 投标单位名称（盖章） |  | 公司地址 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 投标单位联系人 |  | 联系电话 |  |
| 传 真 |  |
| 手 机 |  |
| E-mail邮箱 |  |
| 报名时间 |  年 月 日 |