**附件：**

**竞争性谈判报名申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | 医救中心医疗低耗采购项目（第二次） | | |
| **单位名称** |  | | |
| **地址** |  | | |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **邮箱** | |  | |

**报名单位：（公章）**

**法定代表人或授权代理人：（签字或印鉴）**

**报名日期：      年    月    日**