附件：

**竞争性谈判报名申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **成都双流国际机场股份有限公司医救中心医疗药品采购项目** |
| **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**