附件2

供应商报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 南通市第六人民医院2021年职工中秋节慰问品采购项目 |
| 供应商名称 |  |
| 公司地址 |  |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 委 托 人 |  | 联系电话 |  |
| 传 真 |  |
| 手 机 |  |
| E-mail地址 |  |

备注：此表需盖公章，请将此表电子版和盖章扫描版在8月23日17:00前发至ntsfkyy@163.com。