

附件2:

报 名 回 执

项目名称	中山市三角医院工会 2024 年中秋节慰问品采购市场调研		
单位名称			
公司地址			
营业执照注册号			
公司银行帐号		开户银行	
报名人		联系电话	
传真号码		电子邮箱	

报名日期:

公司盖章: