皮肤科门诊手术室医疗设备项目投标报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 注册地址 |  |
| 通信代码 | 电话 |  | 邮箱 |  |
| 成立时间 |  |
| 单位性质 |  |
| 法定代表人 |  | 授权委托人 |  |
| 资质等级 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 固定资产 |  |
| 注册资金 |  |
| 联系人1 |  | 联系方式 |  |
| 联系人2 |  | 联系方式 |  |