**桂林市临桂区妇幼保健院**

**2024年专机专用试剂耗材议价报名表**

报名日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称  （盖章） |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 投标产品 | 例如：XX品目XX耗材 | | |
| 现场报名确认 | 报名签字（盖章） | | |
| 医院审核签字 |  | | |