**镇雄县人民医院**

**施乐辉Dyonics Power II 动力系统（DYONICS°POWER Control System）全维保服务院内询价**

**参会报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **供应商名称** | **地址** | **参会联系人** | **联系电话** | **是否能按时参会** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  | □是 □否 |  |
| **备注：请将与本项目相适应的企业营业执照（组织机构代码）、相关资质证书、法人授权委托书、被授权人身份证复印件等相关投标人资格条件与本报名表于公告规定报名期限内现场提交或盖章后扫描发送至邮箱：zxxrmyysbk@126.com，并保持电话畅通，以便通知提交报价文件时间及参加询价会议。** |

 **供应商名称（盖章）：**

 **法人代表（签字）：**

  **报名日期：** 年 月 日