

**都江堰市中医医院 2025 年度工程结算审核服务采购
项目比选报名表**

报名时间： 年 月 日
供应商名称：
授权代表姓名及联系方式： 提供授权书及身份证复印件（加盖鲜章） 联系电话： 联系人：
项目名称：
项目编号：
备注：
资格文件目录清单
营业执照 授权书及身份证复印件