**鄂尔多斯市中心医院院内议价报名登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 报名单位名称 |  | | |
| 报名单位联系人 |  | 联系电话 |  |
| 备注 |  | | |

我单位愿恪守信誉，并提供良好合作，若有作假，愿意承担责任。

投标人（签章）：

                       年  月 日（今天）