附件：

**报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **昆明市官渡区人民医院****开颅手术耗材**  **采购项目** |
| **项目编号** | Sbk20240004 |
| **投标人名称**  **（单位名称）** |  |
| **投标联系人** |  |
| **投标人联系方式** |  |
| **日期** |  |

**单位名称：（盖章）**