附件1:

**南江县妇幼保健院**

## **“**数字化智能接种门诊系统采购项目**”**

## **询价采购报名表**

|  |
| --- |
| 报名时间： 年 月 日 |
| 供应商名称： |
| 授权代表姓名及联系方式： |
| 项目名称：**“数字化智能接种门诊系统采购项目”** |
| 项目编号：南妇幼采询〔2022〕10号 |
| 备注（公司简介）： |
| **以上内容由投标单位填写** |