**附件：**

**西安市第九医院医疗设备院内调研报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 报名供应商名称 |  |
| 授权联系人 |  |
| 联系电话 |  |

法人签字盖章：

供应商（盖章）：

 年 月 日