附件

北京中医药大学东直门医院（通州院区）二期手术室维保项目报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 投标单位名称（加盖公章） | 项目联系人 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
| 1 |  |  |  |  |  |