**附件2.桂林市中医医院市场调查论证会报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 报名单位全称 |  |
| 法定代表人 |  |
| 公司详细地址: |
| 联系人： | 联系方式： |
| **参与论证项目（必填）** |
| 序号 | 参会项目名称 | 备 注 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |