附件1:

**南江县集州街道沙溪坝社区卫生服务中心“全数字彩色超声诊断系统”竞争性磋商采购报名表**

|  |
| --- |
| 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：**“**全数字彩色超声诊断系统**”**竞争性磋商**采购项目** |
| 项目编号：南集沙卫采磋〔2025〕1号 |
| 备注： |
| **以上内容由投标单位填写** |