**武汉大学口腔医院固定资产处置报名表**

项目名称:武汉大学口腔医院固定资产报废处置项目招标公告

项目编号:CZ20230811

|  |  |
| --- | --- |
| 供应商 | 名 称： |
| 详 细 地 址： |
| 法人代表人姓名： |
| 联 系 电 话： |
| 报名时间 | 年 月 日 |
| 供应商代表联系方式 | 项 目 负 责 人： |
| 办 公 电 话： |
| 移 动 电 话： |
| 电 子 邮 件： |
| 重要提示 | 本表为供应商参与招标活动的主要凭证，供应商应在采购文件规定的报名截止时间（详见采购公告）前填报送达武汉大学口腔医院院务处（027-87686160）并确认。 |
| 采购项目负责人 | 朱可 |

 报名人签字： 公章（盖公章）