**供应商资料登记表**

**公司名称**：（盖公章） **医疗机构执业许可证号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **项目明细** | **浙江省物价代码** | **医疗物价收费价格（元）** | **出报告时间** | **检测方法** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1. 一个单位报名多个项目可加行。

联系人：

联系方式：（手机）:

邮箱号码：