**供应商报名登记表**

**公司名称**：（盖公章） **医疗机构执业许可证号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | **仪器及试剂品牌** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.“标项号”必须与招标产品目录中的标项号一致；

2．一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：