**附件：**

**怀化市低值医用耗材及检验试剂集中采购服务机构遴选报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 法定代表人 |  |
| 被授权人 |  | 联系电话 |  |
| 传真 |  | 电子邮箱 |  |
| 从事省级、地市级医用耗材和检验试剂集中招标采购、交易服务情况说明 |  | | |
| 主要特色和优势 |  | | |
| 机构意见 | 公章  年 月 日 | | |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

注：报名时连同遴选条件相关资料一并递交。