附件2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **资中县中医院院报废处置公务用车竞价报名表** | | | | | |
|  | **时间：** | 参加项目名称：  资中县中医医院**报废处置公务用车**竞价项目 | | **地点：资中县中医医院综合楼406会议室** | |
|  | **网络报名填写** | | | **现场填写** | |
| **序号** | **公司名称** | **姓名** | **联系号码** | **授权人签到** | **签到时间** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| 报名信息请发送至：1538124410@.com（邮件名称“公司名称+项目名称报名表”） | | | | | |