附件：

遴选单位报名登记表

|  |
| --- |
| 所报项目名称：**瑞康医院2022年在职工会会员中秋节慰问品** |
| 供应商（全称）： |
| 法定代表人：  | 报价人： | 联系方式： |
| **序号** | **产品名称** | **产品规格** | **单位** | **市场价****（元）** | **团购价****（元）** | **套餐** |
| 1 |  |  |  |  |  | 帮扶套餐250元（需另提供“832”平台供应商资质证明） |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  | 非帮扶套餐250元 |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 符合条件的单位，**请填写《遴选单位报名登记表》，于2022年7月14日（星期四）上午9:00前，发送到邮箱：rkgh2009@163.com进行报名，**逾期不予受理。联系人：郑老师、宋老师，联系电话：0771-2238660。 |