附件2

寿光市皮肤病防治站药用塑料瓶采购项目报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 公司名称 | 法人或 授权委托人姓名 | 法人或 授权委托人电话 | 法人或 授权委托人邮箱 | 产地/品牌 |
| 药用塑料瓶/盒采购项目 |  |  |  |  |  |