附件1

寿光市皮肤病防治站明胶空心胶囊采购项目报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 公司名称 | 授权委托人 | 授权委托人电话 | 授权委托人邮箱 | 产地/品牌 |
| 明胶空心胶囊采购项目 |  |  |  |  |  |