附件：

遴选单位报名登记表

|  |
| --- |
| 所报项目名称：**瑞康医院2023年在职工会会员生日慰问品（蛋糕券）采购** |
| 意向报名商家全称： |
| 法定代表人： | 报价人： |
| 联系人： 电话： |
| 销售产品 | **生日慰问品（蛋糕券）** |
| 初次报价 | 以“付款300元，实得XX元”方式填写。 |
|  |
| 产品使用有效期 |  |
| 使用方式 | * 实体店使用 □线上使用
 |
| 是否拥有实体店及数量 |  |
| 是否配送（配送范围及起送金额） |  |
| 产品优势 |  |
| 备 注 |  |
| 符合条件的单位，**请填写《遴选单位报名登记表》，于2022年11月14日（星期一）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。 |