**附件2**

|  |
| --- |
| **深圳市中医院医用耗材院内物流延伸服务（SPD）项目****产品介绍会报名信息登记表** |
| 序号 | 单位名称 | 联系人（被授权人） | 联系电话 | 邮箱 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 |