江门市人民医院2025年度舆情监测服务报名表

项目名称： 公司名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 资质情况 | 营业执照 | 响应人资质证照 | 响应产品资质证照 | 法人代表授权书 | 其他 |
| 是/否  齐全 |  |  |  |  |  |

授权业务员姓名： 联系方式：

供应商名称（公章）：

年 月 日