宁德市中医院绿化养护及花卉租赁项目报名表

 **日期：** 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | **宁德市中医院绿化养护及花卉租赁项目** |
| 供应商全称 | **必填** |
| 联系人 | **必填** |
| 联系人 | **必填** | 手机 | **必填** |
| 邮箱 | **必填** |
| 传真 | **必填** |
| 营业执照编号 | **必填** |
| **报价总额** |  | **其中** | **绿化养护金额** |  |
| **花卉租赁金额** |  |

**授权代表人 签字 ：**

**询价响应人 盖章：**