**报名确认函**

江门市第二人民医院：

我公司确认参加贵院组织的药品供应商遴选准入供应

|  |  |
| --- | --- |
| 产品名称 |  |
| 公司名称 |  |
| 地 址 |  |
| 联 系 人 |  |
| 电 话 |  |
| 手 机 |  |
| 传 真 |  |
| 邮 箱 |  |

（公章）

 年 月 日