|  |  |
| --- | --- |
| 附表2：临夏州人民医院项目询价（议价）公司资质审查表 | |
| 询价（议价） 公司名称 |  |
| 委托代理人姓名、 身份证号、联系方式 | 姓 名：  身份证号：  有效联系方式： |
| 询价（议价）项 目名称 | 临夏州人民医院遴选招标代理机构 |
| 项目询价（议价） 时间、地点 | 时间：  地点： |
| 询价（议价） 公司资质明细 |  |
| 资质审核人意 见（资质是否齐全，若不全请在备注栏注明并将解决方法一并注明） | 签名： |
| 备注 |  |