|  |
| --- |
| 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 |  |
| 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 |  |