**报名确认函**

江门市五邑中医院：

我公司确认参加贵院组织的医用耗材项目准入活动（项目名称及编号 ）

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