|  |
| --- |
|  遴选项目报名登记表 |
|
| **项目名称: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心2025年度消防器材（二次）** |
| **参选人 名 称** | **联系人** | **联系电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |
|  **参选人公章：** |
|
| 因信息填写有误导致参选人报名不成功的，后果由参选人自行承担。 |