区农业技术推广服务中心系统采购项目报名表

项目名称：黄陂区省级农业防灾减灾资金小麦赤霉病防控药剂采购

供应商名称（公章）：	
联合体单位名称（如接受联合体投标）：	
授权代表姓名：	移动电话：
	固定电话：
传真：	电子邮箱：
投标单位账户信息	
单位名称：	
单位账户：	
开户行：	
行 号：	
统一社会信用代码证编号：	
注：本表以上内容填写均需打印并加盖单位公章，以下内容需在集中采购机构报名时现场填写，否则报名无效。	
报名登记时间：	年 月 日 时 分
授权代表签字：	
集中采购机构审查意见：	
审核人员：	