**报名表**

南通市第二人民医院：

根据贵院网站项目征询编号为 的征询公告，我公司愿意参与该项目征询相关工作。

公司信息如下：

公司名称：

联 系 人：

联系电话：

电子邮箱：

产品信息如下：

超融合系统品牌：

虚拟桌面软件品牌：

瘦客户机品牌：

公司名称（盖章）：

报名日期：