**附件1**

杭州市萧山区中医骨伤科医院被服清洗服务项目

**调研报名信息登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 单位名称 |  | 地址 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 单位介绍  （简要重点） |  | | |
| 单位的业务  专长及优势  （简要重点） |  | | |
| 是否愿意接受医院的考核及清退机制 |  | | |
| 近期成交情况（2022年至今杭州市范围内医院） | | | |
| 近期成交 | 成交单位 | 成交价格 | 联系人/联系电话 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |