 附件

辽宁省健康产业集团抚矿总医院

征集xxx供应商

**资质文件**

单位名称： （盖单位章）

法定代表人或其委托代理人： （签字或盖章）

电话： 邮箱：

2023年 月 日

*注：目录自拟*