**供应商参加调研确认函**

扬州市第二人民医院：

　　本单位将参加贵单位的 项目的调研，特发函确认。

　　　　　　 　 （单位公章）

　　　　　　　　　　　　　 　年　　　月　　　日

附：

**供应商联系表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 法定代表人 |  | 单位电话 |  |
| 项目联系人 |  | 联系电话 |  |
| 企业简介 |  | | |

备注：请如实填写《供应商参加调研确认函》，填写打印后加盖公章，拍照或扫描发送至邮箱（736810916@qq.com，邮件标题备注企业全称+项目简称，联系电话：0514-89710157