**报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **咨询项目名称** | 昆明市官渡区人民医院电力市场化服务方案信息征询公告 |
| **报名单位名称** |  |
| **联系人** |  |
| **联系方式** |  |
| **日期** |  |

**单位名称：（盖章）**