# 上海市医院协会2020年支持项目认定回执

公司名称:

公司地址:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 联系人姓名 | 职务 | 邮箱 |
| 联系人电话 | 手机 | 传真 |
| **支持上海市医院协会2020年项目** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 独家支持 | 联合支持 | 支持金额(万元) | 备注 |
|   |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

其它:

以上回执请2019年11月29日前传真或寄回上海市医院协会办公室。

联 系 人：王小冬 张鶤

联系电话：021-54031886，021-54037218 传真号码：021-54032880

通信地址：上海市静安区巨鹿路807号201室，邮政编码：200040

注：其它—指公司自己的有意向希望与协会合作的项目

授权代表签字： 单位盖章：

 2019年 月 日