# 上海市医院协会2021年 月支持项目认定回执

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2021年 月活动项目** | | |

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

其它:

以上回执请于发布日次月5日前（如遇节假日请顺延至下一工作日）传真或寄回上海市医院协会办公室。

联系人：王小冬、张鶤、陈晔、许媛媛

电话：54031886，54037218 ；传真：54032880

通信地址：上海市静安区巨鹿路807号201室，邮政编码：200040

授权代表签字： 单位盖章

2021年 月 日