附件2

**报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 报名项目 | 云南省卫生健康人才交流中心2024年报废资产公开处置 |
| 公司名称 |  |
| 公司法人姓名 |  |
| 项目负责人（授权代理人）姓名 |  |
| 联系电话 |  |
| 联系邮箱 |  |

公司名称（盖章）：

日期：