|  |
| --- |
| **修改意见和建议书** |
| **项目** | **绍兴市人民医院医用胶片与纸质胶片采购项目** |
| **序号** | **原文内容** | **修改意见和建议** | **理由依据** |
| 1 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 |
| … |  |  |  |

法人代表签字：

意见反馈单位（加盖公章）：

联 系 人：

联系方式：