**附件1**

**试剂耗材供应申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 公司名称  （加盖公章） |  | | |
| 公司地址 |  | | |
| 公司注册资金 |  | 在疾控系统  销售服务年限 |  |
| 在疾控系统  近两年销售额 |  | 承诺基本折扣率 |  |
| 在四川（广元）是否有产品库房（如有请填写详细信息） |  | | |
| 在四川（广元）是否有公司/办事处（如有请填写详细信息） |  | | |
| 代理品牌 |  | | |
| 供应商人员信息 | | | |
|  | 姓名 | 电话 | 邮箱 |
| 公司负责人 |  |  |  |
| 广元市昭化区  疾病预防控制中心  销售人员 |  |  |  |
| 备注 |  | | |