附件一

**氯化锶[89Sr]注射液技术服务推广应邀单位报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 地 址 |  | 邮编 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 营业执照编号 |  | 有效期 |  | 注册资本 |  |
| 是否有不良记录 |  | 配送能力 |  |
| 仓储能力 |  |
| 拟应邀省份、地区或医院 |  |
| 备注：以上所填内容需真实，如有虚假，由应邀单位承担一切责任。  |

 负责人签字（盖章）：

 年 月 日