
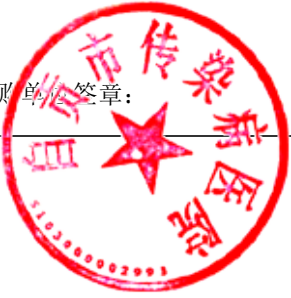


采购文件确认书	
采购单位	自贡市传染病医院
项目名称	口腔综合治疗椅、口腔手术综合治疗椅采购项目（包一：口腔综合治疗椅，包二：口腔手术综合治疗椅）
项目编号	N5103012023000035
采购方式	竞争性磋商
代理机构意见	<div>本单位根据你单位提供的采购需求和采购实施计划，经确认、协商一致，编制了本项目采购文件，请进行确认并将意见反馈我单位。</div> <div>代理机构签章：</div>
采购单位意见	<div>经确认，请按此组织实施采购。</div> <div>采购单位签章：</div>