|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **高县人民医院薪酬改革调研供应商报名表** | | | | |
| 供应商名称 |  | | | |
| 注册地址 |  | | 邮政编码 |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | 联系电话 |  |
|  | 传真 |  | 网址 |  |
| 组织结构 |  | | | |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 成立时间 |  | | 员工总人数 |  |
| 企业资质等级 |  | | 高级职称人数 |  |
| 营业执照号 |  | | 中级职称人数 |  |
| 注册资金 |  | | 初级职称及以下人数 |  |
| 开户银行 |  | | 账号 |  |
| 经营范围 |  | | | |