附件2

**企业合作意向表**

|  |
| --- |
| **企业基本信息** |
| 公司名称 |  |
| 公司地址 |  | 邮编 |  |
| **企业负责人信息** |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 部门 |  | 职务 |  |
| 电话 |  | 传真 |  |
| 手机 |  | E-mail |  |
| **合作内容** |
|  |

**备注：请参与企业详细填写本合作意向表并加盖单位公章，于2020年5月15日前将扫描件发送至专委会秘书处邮箱，谢谢！**

**中国非公立医疗机构协会肾脏病透析专业委员会秘书处**

联系人：黄荣春 手 机：15221513685

邮 箱：15221513685@163.com

地 址：上海市成都北路500号峻岭广场202B室 邮编：200003

电 话：021-53832151