**供应商参与投标确认函**

金湖县人民医院：

我单位将参与 项目的磋商，现已在金湖县人民医院网站查看公告，我单位决定参加磋商，特发函确认。

供应商名称：

联系人：

联系电话：

法定代表人（签字或签章）

（单位公章）

 年 　月 　 日