**附：**

**投标人参与投标确认函**

金湖县人民医院：

我单位将参与 （项目名称）的谈判，现特发函确认。

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