附件1

江门市市级抗原试剂储备轮换企业申报表

申报单位（盖章）： 申报日期：

|  |  |
| --- | --- |
| 申报单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 单位性质 |  | 单位成立时间 |  |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 经办人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 经营场所来源（所有或租赁） |  | 经营范围 |  |
| 2021年销售额（万元） |  | 预计2022年销售额（万元） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申报单位简介 |  |
| 承办能力和优势 |  |

|  |
| --- |
| 市发展改革局审核意见： 盖章： 年 月 日 |

注:本表一式两份。