|  |  |
| --- | --- |
| 公司名称 | XX有限公司 |
| 成立时间 | XX年 |
| 公司员工数 |  |
| 是否入围政采电商企业 |  |
| 公司简介 |  |

一、公司信息

二、物流配送

|  |  |
| --- | --- |
| 全市仓库面积 | 平方米 |
| 全市配送服务网点数量 | 个 |

三、行业业绩（需附相关资质、荣誉扫描件）

|  |  |
| --- | --- |
| 近三年在深公立医院合作数 | 1.2.3.4. |
| 体系认证证书 | 1.2.3. |
| 市级以上相关荣誉 | 1.2.3. |

四、服务水平

|  |  |
| --- | --- |
| 距市口腔医院最近的配送点详细地址 |  |
| 配送响应时间 |  |

承诺：本资料作为我司参与深圳市口腔医院前期咨询的参考材料，并保证所填写的内容和提供的附件均真实、准确、有效。

单位（加盖公章）：XXX公司 2023年11月 日