附件4

**重庆市人民医院×××部门**

**×**

**×**

**×**

**项**

**目**

**意向公开接收文件**

**（2024年×××月）**

**企业名称（盖章）：**

**法定代表人/委托代理人（签字）：**

**联系方式：**