附件2

捐赠物资清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **意向使用人** | **捐赠物资品名** | **数量** | **金额（元）** | **使用人**  **地址、联系人及电话** |
| 1 | xxxxx医院 | 名称 型号 |  | ¥ | 填具体地址、联系人及电话 |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 兹申明以上内容属实。  捐赠人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 盖章  联系人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2020年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | | | | |