**确 认 函**

苏州大学附属第二医院工会委员会：

本单位将参与贵单位 项目（编号为 ）的谈判，特发函确认！

谈判响应单位名称：

地址及邮政编码：

联系电话及传真：

谈判响应单位授权代表（签字）：

授权代表手机号码：

授权代表电子邮箱：

谈判响应单位法定代表人（签字）：

日期：

（谈判响应单位公章）