**报名表**

|  |
| --- |
| **项目名称：金堂县第二人民医院后勤物资妇幼护理用品配送服务项目** |
| **项目编号：/** |
| **包号：/** |
| **报名信息** |
| **供应商名称（全称）** |  |
| **法定代表人** |  |
| **经办人** |  |
| **经办人电话** |  |
| **单位联系电话** |  |
| **电子邮箱** |  |

**注：**

**供应商报名时须如实认真填写供应商信息，电话保持畅通，供应商名称应与公章上的名称一致，若因供应商提供的错误信息 （如电话号码填写错误、电子邮箱地址填写不清难辨等）或关、停机等原因 ，对其投标等相关事宜造成影响的，由投标人（供应商）自行承担所有责任。**

**报名时间：**

**介绍信**

XXXXXXXXXXXXXXXXXX：

证明兹有我单位 XXXXX（身份证号：XXXXXXXXXXXXXXXXXX）前往贵公司，全权办理 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 采购项目（项目编号：XXXXXXXXXX）第XX包的报名事宜，请予接洽！

单位名称：XXXXXXXXXXXXXXXXXX（加盖公章）

XXXX 年 XX 月 XX 日

经办人身份证（正反面）复印件

身份证（正面）：

身份证（背面）：

公司资质（复印件）