**报 名 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*业务代表 |  | 性别 |  | \*职务 |  |
| \*联系电话 |  | | | 传真 |  |
| \*公司全称 |  | | | | |
| \*法人代表 |  | | \*统一社会  信用代码 | |  |
| \*电子邮箱 |  | | \*法人身份证号 | |  |
| \*参加项目名称 |  | | | | |
| \*申请日期 |  | | | | |

**备注**：1.按要求填写，“\*”号为必填项。

2.参加现场竞标时携带医院要求提供的标书、彩页或样品。

3.请将以上信息填写完整，盖章提交。

4.贵司把申请相关资料发送给上述邮箱后，即视为贵司同意在本次招投标过程中，对此次招投标过程所产生的相关文件、资料，不得在没有经得本院同意的情况下告知任意第三方。否则贵司本次投标作废，并进入本院招投标黑名单。如涉及其他损失的，本院保留追究贵司法律责任的权利。