**丰县人民医院采购项目参加报名表**

丰县人民医院 ：

我单位已认真阅读（项目名称及编号）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_采购信息公告及相关资料，对本项目的采购范围、内容和要求有实质性了解，并确信已完全符合采购信息公告所列的报名条件和要求，愿以积极认真的态度参加投标（报价），格守信誉，本表所列人员及拟派人员均为本单位正式职工，并愿对本表所填写内容的真实性承担法律责任。现申请报名。

投标单位（公章）

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目内容（见招标公告） |  | | |
| 品牌 | / | 产地 | / |
| 公司名称 |  | | |
| 注册资金 |  | | |
| 联系地址 |  | | |
| 法定代表人（签名） |  | 联系电话 |  |
| 委托人（签名） |  | 联系电话 |  |
| 单位传真 |  |
| 电子邮箱 |  |

注：1、本报名表可下载，可复印，报名时随报名表（需加盖公章）并附采购信息公告中要求的证件、材料等，在规定的时间内报名。

2、采购项目报名咨询联系人：崔莲荣 ，联系电话（传真）：0516-89219665。 监督电话：0516-89237316