附件1：报名表

**彭州市第二人民医院采购报名表**

|  |
| --- |
| 项目名称及包号（若有）： |
| 报名时间： 年 月 日 |
| 投标申请人名称： |
| 授权代表姓名： |
| 授权代表联系方式：电话： 邮箱： |
| 备注： |
| **以上内容由投标单位填写** |
| 报名资格审核情况：   1. 经审核，该投标申请人 本次招标相关报名要求， 其投标报名。 2. 资质初审合格后，我院将在报名当日向投标单位的邮箱，发送电子文档的投标文件格式要求   审核人签名： 年 月 日 |