**附件：**
**报名申请表**

项目名称：

|  |
| --- |
| 单位全称**（公章）**： |
| 现委托          （被授权人的姓名）参与常州市第一人民医院该项目的院内采购报名工作。法人代表人**（签字并盖法人章）**： |
| 被授权人姓名：             联系电话： |
| 第二代身份证号码： |
| 接受院内采购文件指定电子邮箱或QQ： |
| **注：本表以上内容填写均需打印，以下内容需由被授权人填写，扫描件随报名材料打包发送指定邮箱。** |
|           年     月      日       |
| 被授权人签字： |
|  **\*注：供应商应完整填写表格，并对内容的真实性和有效性负全部责任。** |