**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。** | |