**附件一**

**广西科技大学第二附属医院市场调查表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** |  | |  | 备注 |
| **报名单位** |  | |  |  |
| **报名人姓名**  **及联系电话和邮箱地址** |  | |  | 需熟悉业务 |
| **报名人身份**  **法人或授权代理人姓名**  **及联系电话** | 法 人□  授权代理人□  替 报 名人□ | |  | （替报名时填写) |
| **报名证件** |  | |  | 提供授权委托书原件、营业执照复印件、法人身份证复印件、授权人身份证复印件（以上全部证明需加盖公章，授权委托书需签名）。 |
| **报名方式：** | 现场报名：  线上报名： | |  | 已报名成功的供应商不等于符合本项目的供应商资格。 |
| **报名日期** |  | |  | （在空白处加盖公章） |
|  | |  | | |