**淮北市传染病医院医疗设备紧急采购项目报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位情况 | 单位名称  （加盖公章） | （备注：所填写的单位名称须为单位全称） | | |
| 通讯地址 |  | | |
| 邮政编码 |  | | |
| 联系人 |  | | |
| 联系人移动电话 | 此项必须填写 | | |
| 传真 |  | | |
| 报名人 |  | 联系方式 |  |
| E-mail | 此项必须填写 | | |
| （报名人 ） 承诺：  对以上所填内容及招标公告内容均承担判知能力，以上所填内容属实。  年 月 日 | | | | |

**注：本表填写完成并经单位盖章后，在规定的报名时间内将报名表送达，报名时应同时提供法定代表人授权委托书及授权代表身份证复印件。**