## 附件

**国家卫生健康委医院管理研究所采购代理服务项目报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 国家卫生健康委医院管理研究所采购代理服务项目 |
| **以下由投标单位填写** |
| 单位名称 |  |
| 营业执照注册号 |  |
| 公司地址 |  |
| 公司固话 |  | 公司传真 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 法定代表人姓名 |  | 手机 |  |
| 报名代表姓名 |  | 手机 |  |
|  我公司已阅读该项目招标文件及公告，并按要求提供资料报名参加投标，在此声明：本公司提供的资料均为真实、有效，且符合招标文件要求。 投标单位(公章): 报名代表签字： 报名日期： 年 月 日 |
| **以下由采购单位填写** |
| 受理报名时间 | 年 月 日 |