**报 名 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*业务代表 |  | 性别 |  | \*职务 |   |
| \*联系电话 |  | 传真 |  |
| \*公司全称 |  |
| \*法人代表 |  | \*统一社会信用代码 |  |
| \*电子邮箱 |  |  \*法人身份证号 |  |
| \*报名日期 |  |

**备注**：1.按要求填写，“\*”号为必填项。

2.参加现场竞谈时携带医院要求提供的标书、彩页或样品。

3.请将以上信息填写完整，盖章发送至邮箱640169373@qq.com。