**报名登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 项目编号 |  |
| 报名包号 |  | 报名时间 |  |
| 供应商名称 |  | 联系人 |  |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |  |
| 公司地址 |  |
| 提交的报名文件资料 |
| 序号 | 报名资料 | 是否提交 | 报名人签字 |
| 1 | 授权书（加盖公章） |  |  |
| 2 | 被委托人身份证复印件（加盖公章） |  |
| 3 | 报名公司资质复印件（加盖公章） |  |
| 采购人 | 都江堰市中医医院 |
| 受理人（签字） |  | 联系电话 | 028-60960161 |
| 注：供应商报名信息须如实认真填写；若因供应商提供的信息错误，对其参与投标相关事宜造成影响的，由供应商自行承担。 |

**注：通过电子报名的供应商需将报名登记表填写完整，并在“供应商名称”一栏盖章后将报名文件资料扫描成PDF发送至2133882144@qq.com邮箱。**