**都江堰市中医医院入院安检设施采购项目比选报名表**

|  |
| --- |
| 报名时间： 年 月 日 |
| 供应商名称： |
| 授权代表姓名及联系方式：提供授权书及身份证复印件（加盖鲜章）联系电话：联系人： |
| 项目名称： |
| 项目编号： |
| 备注： |
| 资格文件目录清单 |
| 营业执照授权书及身份证复印件 |