**都江堰市中医医院采购一批（口腔类）医用耗材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** |
| 1. 营业执照 2. 授权书及身份证复印件 |