附件1：报名表

**高县人民医院XXX采购项目报名表**

|  |
| --- |
| 报名时间： 年 月 日 |
| 比选申请人名称及盖鲜章： |
| 授权代表姓名及联系方式： |
| 备注： |
| **以上内容由投标单位填写** |
| 报名资格审核情况： 经审核，该投标单位符合本次比选相关报名要求，同意其比选报名。 审核人签名： 年 月 日 |