附件1

**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 |

**2、单位介绍信或法人授权书原件，法人及授权代表身份证复印件**

**3、企业法人营业执照副本复印件。**