

附件 2：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	