附件二：

**报 名 登 记 表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | 鄯善县人民医院采购代理机构遴选项目 |
| **单位名称** |  |
| **公司地址** |  |
| **营业执照注册号** |  |
| **报名人** |  | **联系电话** |  |
| **公司电话** |  | **电子邮箱** |  |

注：报名时提交有效的营业执照（或事业法人登记证或身份证等相关证明） 副本扫描件并加盖公章。分支机构报名的，须提供总公司和分公司营业执照副本扫描件并加盖公章，总公司出具给分支机构的授权书扫描件并加盖公章。

公司盖章：

报名日期：