

报名登记表

项目名称：华宁县人民医院、中医医院担架服务项目

项目编号：YXXH2025-088

日期：2025年____月____日____时____分

供应商名称				
营业执照或其他主体资格证明材料		有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 法定代表人姓名：_____ 统一社会信用代码：_____		
法定代表人身份证明书		有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		
法定代表人授权委托书		有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		
法定代表人或委托代理人		姓名：_____身份证号：_____		
领取文件名称	领取时间	领取人签字	联系电话	邮箱
谈判采购文件	月 日			

经办人：张蓉