

报名登记表

项目名称：“大玉医”城市医疗集团（玉溪市第三人民医院）眼科、耳鼻喉科耗材采购项目

项目编号：YXXH2025-039

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
询比采购文件	月 日			

经办人：牛勤