|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件**  **山西省肿瘤医院报名表** | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 项目名称 |  | | | | 是否联合体报名 | 是□ 否□ |
| 联系人 |  | 联系电话 | | |  | |
| 货物采购名称/规格型号 | | | |  | | |
| 资质情况： | | | 有相关复印件打“√”：《营业执照》□ 单位授权委托书或单位介绍信□ 其它资质（自填）： | | | |
|
|
| 单位名称（签章） | | | | **注：**1、此表及资质附件扫描为一个PDF格式文件，并标注“项目名称+供应商名称”；  2、邮件主题标注“项目名称+供应商名称” | | |