|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **金堂县第一人民医院院内采购项目报名表** | | | |
|  | | | |
| **项目名称** |  | | |
| **项目编号** |  | | |
| 公司名称（加盖公章） | | 联系人 | 联系电话 |
|  | |  |  |
| ★我已知晓：   1. 本次投标的采购项目的所有要求。 2. 若该项目为医院第一次挂网公告采购信息，当有效投标供应商不足三家时，该项目将作流标处理，医院将择期再次挂网。 3. 若报名资料不齐全将视为无效报名。   ★我承诺：我公司提交的资料均真实有效，愿自行承担一切后果。    法人或授权代表签字：  年 月 日 | | | |