**佛山市高明区人民医院**

**医疗设备采购（论证）报名表**

**参加项目名称：**

**供应商名称： （请盖章确认）**

**供应商地址：**

**联系人：**

**联系电话：**

**联系人邮箱：**

**报名日期：**

**资格性自查：**

**项目报价是否在预算内 是□ 否□**

**正本是否每页都盖公章 是□ 否□**

**正本是否已盖骑缝公章 是□ 否□**

**厂家（总代理）授权书 有□ 无□**

**温馨提示：请把此页报名表信息全部填写完整，再盖公章后扫描（拍照）后发到我院设备科邮箱fsgmrysbk@163.com，无须寄出正本推荐书（会议现场提交正、副本）。**