**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**佛山市高明区人民医院医疗设备采购（论证）报名表**寄到：佛山市高明区康宁路1号区人民医院门诊楼6楼设备科 0757-88823802 梁先生收（建议寄顺丰快递）。无须寄出正副本推荐书（会议现场提交正、副本）。

备注：当报名人在电话或短信确认参与论证会后，又不提前通知院方，无故缺席论证会的，报名公司和联系人将列黑名单处理，2年内不得参与院内任何采购活动。