攀枝花市妇幼保健院

比选报名表

|  |
| --- |
| 报名时间： 年 月 日 |
| 项目名称： |
| 授权代表姓名： 联系方式： |
| 供应商名称： |
| 备注： |
| **以上内容由投标单位填写** |
| **资质证明文件审核情况：**经审核，该供应商提供的资质证明文件符合本次比选相关要求，同意其报名。 审核人签名： 年 月 日 |

**以下文件均盖鲜章同时递交**

1、公司营业执照

2、食品经营许可证

3、第二类医疗器械经营备案凭证

4、授权委托书、法人身份证复印件