附件3：

**报 名 登 记 表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | 中山市黄圃人民医院移动护理系统服务 | | |
| **单位名称** |  | | |
| **公司地址** |  | | |
| **统一社会信用代码** |  | | |
| **报名人** |  | **联系电话** |  |
| **公司电话** |  | **电子邮箱** |  |

**注：**报名时提交有效的营业执照（或事业法人登记证或身份证等相关证明） 副本复印件或扫描件并加盖公章。如供应商为分公司的，须提供总公司和分公司营业执照副本复印件或扫描件并加盖公章，提供总公司出具给分公司的授权书（加盖公章）。

公司盖章：

报名日期：