**附件四：**

报名信息登记表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称 | | 荥经县人民医院医用耗材、检验试剂供应商遴选项目 |
| 单位信息 | 单位名称 |  |
| 注：单位名称应与公章上的名称一致，否则因供应商填写错误导致的后果将由供应商自行承担。 |
| 开票信息 |  |
| 联系方式 | 固定电话： |
| 传真号码： |
| 经办人信息 | 姓名 |  |
| 手机号 |  |
| 电子邮件 |  |
| 备注： | | |

介绍信

荥经县人民医院：

兹介绍我公司 （身份证号： ），前往你单位办理荥经县人民医院医用耗材、检验试剂供应商遴选项目的报名事宜，请与接洽！

公司名称（加盖公章）

年 月 日

附：经办人身份证（正反面）复印件

|  |
| --- |
|  |