**附件四：**

报名信息登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 荥经县人民医院彩超胶片供应商遴选项目 |
| 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彩超胶片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

|  |
| --- |
|  |