报名申请表

项目名称：

|  |
| --- |
| 单位全称（公章）： |
| 现委托          （被授权人的姓名）参与广元市中心医院该项目的演示产品报名工作。  法人代表人（签字并盖章）： |
| 被授权人姓名：     联系电话： QQ: |
| 第二代身份证号码： |
| **\*注：本表以上内容填写均需打印，以下内容需由被授权人填写，扫描件发送指定邮箱。** |
| 被授权人签字： |
| **\*注：报名的供应商应完整填写表格，并对内容的真实性和有效性负全部责任。** | |

广元市中心医院

2025年 月 日