**附件2：《报名表》**

|  |
| --- |
| **项目报名表** |
| **项目名称** | **2025年贵州省康复医院医用低值耗材供应商遴选项目** |
| **采购方式** | **遴选** | **采购类别** | **货物类** |
| **采购单位** | **贵州省康复医院** |
| **联系人** | **张老师** | **16685351646** |
|  **以下由报名单位填写** |
| **单位名称** |  |
| **营业执照编号** |  |
| **单位地址：** |  |
| **公司电子邮箱** |  |
| **法定代表人姓名** |  | **手机** |  |
| **项目联系人姓名** |  | **手机** |  |
| **我公司已认真阅读本项目采购公告，能够响应公告要求，现按要求提供报名资料。在此声明：本公司提供的资料均真实、有效且符合公告要求。** **投标单位（公章 ）：****法定代表人（签章）：****报名时间 ：** |
|
|
|
|
|

**后附：1.有效法定代表人身份证（提供复印件加盖单位公章）**

**2.有效的营业执照副本（提供复印件加盖单位公章）**