# 附件一：

# 三六三医院采购项目报名表

  **日期： 年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **三六三医院电子数据库资源采购项目** |
| **项目编号** | **363YY-2022025** |
| **包号及项目名称** | 必填 |
| **报名单位全称** | 必填 |
| **法定代表人** | 必填 |
| **公司详细地址** | 必填（须和营业执照一致） |
| **公司电话** | 必填 |
| **联系人****（授权人）** | **姓名** | 必填 |
| **手机** | 必填 |
| **电子邮箱** | 必填 |

**授权人签字 ：**

**比选申请人（盖章）:**

**审核人（比选人）签字：**