**桂林市人民医院市场征询议价报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投标单位名称 |  | | |
| 项目名称 |  | | |
| 报名时间 | 年 月 日 | | |
| 纳税人识别号 |  | | |
| 联系方式 | □企业法人代表  □授权代表 | 姓名 |  |
| 身份证号码 |  |
| 手机 |  |
| 邮箱 |  |

**参会项目（参会商家必填）**

**报名须知：**

第一步：请供应商家下载报名表，按要求填写后发至报名指定邮箱**qxk8065@163.com**完成报名。

第二步：完成报名后，请按要求准备参会资料，

第三步：项目开标时间及地点，待报名结束后，另行通知。请提前十分钟到达开标地点签到，逾期视为弃权处理。

评审办法：对供应商资质、项目报价等方面进行综合评审。

办公地点：桂林市人民医院门诊楼附楼2楼 器械科办公室

联系人：陈老师 联系电话：0773-2828065

**参会文件所提供的的证照及相关证明材料必须真实有效，一经发现造假，将取消本次参会资格并追究相关法律责任**