**报名信息登记表**

 填表时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 乌兰察布市中医蒙医医院干眼超声雾化治疗仪询价采购 |
| 公司名称 |  |
| 公司地址 |  |
| 注册时间 |  |
| 法人 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 法人承诺 | 本公司明确了解投标项目的内容及要求，提供的资质信息真实准确，并承诺依法参加投标活动，不弄虚作假，不贿赂工作人员，所供物资来源正当合法，符合国家及行业标准，能够提供及时有效地服务。  签字：  |
| 联系人 |  |
| 身份证号 |  | 部门职务 |  |
| 联系邮箱 |  | 联系电话 |  |