**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关于北京协和医院共建骨科病区改造项目监理服务询价 |
| 公司名称 |  |
| 公司地址 |  |
| 注册时间 |  |
| 法人代表 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 法人代表承诺 | 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 |  |