大竹县人民医院2025年度三级等保测评服务

院内自主采购项目

报名表

项目编号：竹医招采20250821

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 供应商报名时间 |  | |
| 供应商名称 |  | |
| 供应商地址 |  | |
| 报名者姓名 |  | |
| 报名者联系电话 |  | |
| 供应商邮箱 |  | |
| 报名者签字、盖公章（自然人按指印）确认： | | 医院接收人签字确认： |

1、供应商为法人的，法定代表人为报名者的，提供法定代表人身份证复印件盖公章、营业执照复印件盖公章；非法定代表人为报名者的，提供法定代表人对本项目的授权委托书签字盖公章（法定代表人、授权代表均需签字）、法定代表人身份证复印件盖公章、授权代表身份证复印件盖公章、营业执照复印件盖公章。

2、供应商为自然人的，报名者提供本人身份证复印件签字按指印、提供本人近30日内银行出具的征信证明复印件。

3、本表请供应商报名者如实填写，作为已报名的凭证。