|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | |
| 招标编号 | |  | | |
| 投标单位情况 | 单位名称 |  | | |
| 注册资本金（万元） |  | | |
| 投标保证金交退账号 |  | | |
| 注册地 |  | | |
| 法定代表人 |  | | |
| 通讯地址 |  | | |
| 邮政编码 |  | | |
| 项目人及手机号码 | 此项必填 | | |
| 单位办公电话 |  | | |
| 传真 | 此项必填 | | |
| 授权报名人 |  | 联系方式 |  |
| E-mail | 此项必填 | | |
| （报名人 ）承诺：（加盖公章）  已认真阅读招标公告内容，对以上信息的真实性负责，遵守招标公平公正及廉洁纪律要求，自愿承担招标风险及相关费用（未参与投标、投标资料不真实及投标时围标串标等行为，缴纳的投标保证金将不能退还）。  年 月 日 | | | | |

重庆市璧山区人民医院

供应商投标报名表