**投 标 报 名 表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 安徽医科大学附属口腔医院招标代理机构遴选 |
| 项目编号 | KQY202209 |
| **以下由投标单位填写** | |
| 单位名称 |  |
| 公司地址 |  |
| 法定代表人 |  |
| 项目联系人 |  |
| 联系电话（手机） |  |
| 电子邮箱 |  |
| 项目联系人签字： 投标单位公章：  年 月 日 | |

注：

1、请严格按要求填写完整，如有遗漏和错误与真实情况不符，影响报名成功或后期开标，后果自负。

1. 投标单位填写本表后加盖单位公章，扫描件发至邮箱：**1749910565@qq.com**，并电话告知招标人，方可报名成功，**无需到医院报名**。
2. 投标报名后项目联系人手机须保持畅通，后期招标文件发布或将电话告知。