

附件 1:

报 名 表

广西壮族自治区医疗保障局:

依据贵单位_____的公告,我方_____(单位全称)已经知晓贵单位关于本次广西壮族自治区医疗保障局办公区维修项目比选活动事项,并愿意遵守公告的有关要求,正式提交本项目报名表,以申请获得本项目比选活动资格。

我单位报名信息如下:

单位通讯地址: _____

报名联系人: _____

身份证号码: _____

报名联系方式: _____

法定代表人或委托代理人(被授权人)签字: _____

报名单位全称并盖章: _____

报名时间: _____年____月____日