**投标登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 康乐县人民医院夏季护士分体服等采购项目 |
| 项目编号 | GSZRCG-2025-009 |
| 单位名称 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | 传真/座机： |  |
| 企业资质 | ☑法人或者其他组织的营业执照等证明文件，自然人的身份证明☑资质证书☑法定代表人授权书☑法定代表人及被授权人身份证 |
| 备注 | **发送招标文件文件邮箱：****以上所填信息为投标人的信息，请认真填写、仔细核对。****日期：2025年 月 日** |