**报名登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称**  | **呼伦贝尔市第三人民医院货物、服务类、工程类招标代理机构遴选** |
| **报名时间** |  **年 月 日** |
| **报名单位名称****（加盖鲜章）** |  |
| **所投包号** | **□货物、服务类 □工程类** |
| **报名单位联系人** |  |
| **联系电话****（手机号）** |  |
| **联系邮箱** |  |
| **备注：1、请认真填写并核对以上所有信息，如因自身填写错误（如电话号、邮箱号等填写错误）或关、停机等原因造成的一切后果自行承担，概不负责。****2、报名成功并不代表通过资格性或符合性审查，且报名资格不能转让。** |
|