|  |
| --- |
| **报 名 表**日期: 年 月 日 |
| 项目名称 | 基础医学部实验室多媒体改造项目 | 项目编号 |  |
| 供应商单位名称 | 　 | 所投分标 | 无分标 |
| 供应商单位地址 | 　 | 邮编 | 　 |
| 供应商单位联系人 | 　 | 电话 | 　 |
| 电子信箱 | 　 | 传真 | 　 |
| 报名截止时间 | **2024年6月11日16:00** | 项目负责人 |  |
| 备注:营业执照副本复印件，开户许可证复印件、纳税人识别号、经营范围、投标人简单情况介绍以及工本费、投标保证金缴费凭证随报名表一起发送至指定邮箱　  单位盖章: |