**中山大学附属第一医院电商直购平台遴选项目**

**报名表**

|  |
| --- |
| 报名时间： 年 月 日 |
| 单位名称： （盖章） 联系邮箱： |
| 授权代表姓名及联系方式： |
| 报名须备齐以下材料，加盖应选人公章提交医院留存。1.营业执照（复印件） □2. 法定代表人身份证复印件 □3.法人授权委托书及被授权人身份证（复印件） □4. 其他应选人认为需提供的材料：    |
| **以上内容由报名单位填写** |
| **报名资格审核情况：**经审核，该单位符合相关报名要求，同意其报名。               经办人签名：年  月  日 |