报 名 登 记 表

中山大学附属第一医院广西医院：

依据贵单位中山大学附属第一医院广西医院采购代理机构遴选项目的遴选公告，我方 （代理机构名称） 已经知晓贵单位关于本次遴选的相关事项，并愿意遵守公告的有关要求，报名之前已经与贵方进行了充分的沟通，完全理解并接受公告的各项规定和要求，对公开遴选公告的合理性、合法性不再有异议。正式提交报名表，以申请获得遴选文件。

我单位报名信息如下：

本单位通讯地址：

接收遴选文件的电子邮箱地址：

报名联系人及联系方式：

法定代表人或委托代理人（被授权人）签字：

报名单位盖章：