附件1

**六盘水市钟山区人民医院招标代理机构比选**

**报名登记表**

|  |
| --- |
| 报名时间： 年 月 日 |
| 比选申请人单位名称（盖章）： |
| 联系人： |
| 联系方式： |
| 备注： |
| **报名资格审核情况：** 经审核，该单位符合本次比选相关报名要求，同意其报名。 审核人签名： 年 月 日 |