# 附件1：投标报名表

**成都医学院第一附属医院餐厨垃圾收运、处置服务采购项目投标报名表（第二次）**

|  |
| --- |
| 报名时间： 年 月 日 |
| 投标单位名称： |
| 授权代表姓名及联系方式： |
| 备注： |
| **以上内容由投标单位填写** |
| **报名资格审核情况：**1、经审核，该投标单位符合本次招标相关报名要求，同意其投标报名。3、审核通过后到招投标办公室领取招标文件。 审核人签名： 年 月 日 |