# 附件1：投标报名表

**成都医学院第一附属医院档案整理及信息化三方服务采购项目投标报名表**

|  |
| --- |
| 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 |