**附件：**

**南通市第四人民医院采购项目报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 生产厂家 |  |
| 市场单价 |  |
| 保修期 | 年 |
| 供货期 |  |
| 主要技术性能 |  |
| 其他 | 如不涉及可不填写 |

报名成功获取招标文件后，如不参加此项目，请务必给予回复，否则取消投标人3年内参加我院所有招标活动的资格。

供货商：

企业法人声明：本人保证所供资料完整准确并愿意承担相应责任！

企业法人签字盖章：

联系人：

联系电话：

年 月 日