**附件2：报名表**

围场满族蒙古族自治县医院咨询服务项目报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | **围场满族蒙古族自治县医院比选项目** |
| 报名单位信息 | 名 称 |  |
| 详细地址 |  |
| 法定代表人 |  |
| 报名人信息 | 姓 名 |  |
| 身 份 | □法定代表人 □委托代理人 |
| 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮 箱 |  |
| 承 诺 | 本单位自愿参与贵院该项目的遴选咨询服务机构活动，保证报名材料及其它提供的一切材料都是真实的、准确的、有效的，并按照贵院有关规定和要求参与招标采购活动，否则贵院有权取消本单位的报名资格。同时，当报名单位较多时，贵院有择优选择邀请咨询服务机构的权利，对此表示理解和认可。此外，若因在规定时间内投标材料未及时提交或提交不全等因素造成的相应后果，由本单位自行承担。 单位：（盖章）签名： |
| 其他说明情况 |  |