|  |
| --- |
| 医用耗材遴选议价会供应商报名表 |
| 一、项目基本信息 |
| 项目名称 | 　 |
| 报名日期 | 　 |
| 二、供应商报名信息 |
| 公司基本情况 | 企业名称（全称） | 　 |
|
| 公司注册地址 | 　 |
|
| 营业执照编号 |  | 注册资本（万元） |  |
| 联系人 （项目负责人） |  | 部门、职务 |  |
| 联系方式 |  | E-mail |  |
| 产品情况 | 产品名称 | 生产厂家 | 品牌 | 规格型号 |
| 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  |
| 备注 | 　 |
|
|
|
|
| 三、供应商注意事项 |
| 报名方式 | 接受供应商线下报名。有意者请携带报价单、产品注册证、逐级授权（包含个人授权）、产品及标签照片等相关资质前往采购办公室报名。采购办公室根据供应商资质、产品情况、及经营状况等因素筛选潜在供应商。 |