附件1：

|  |
| --- |
| **山西省肿瘤医院报名表** |
| 项目名称 |  |
| 单位名称 |  | 是否联合体报名 | 是□ 否□ |
|  联系人 |  | 联系电话 |  |
| 资质情况： | 有相关复印件打“√”：《营业执照》□单位授权委托书或单位介绍信□其它资质（自填）： |
|
|
| 单位名称（签章） | **注：**1、此表及资质附件扫描为一个PDF格式文件，并标注“项目名称+供应商名称”； 2、邮件主题标注“项目名称+供应商名称” |