附件1

大竹县中医院治未病综合大楼导视系统

设计制作安装服务项目市场调研（第二次）

报 名 表

日期：    年    月    日

（盖单位公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公司名称 |  | | | | | | |
| 注册地址 |  | | | | 邮政编码 | |  |
| 公司地址 |  | | | | 固定电话 | |  |
| 联系方式 |  | |  | | 联系电话 | |  |
| 电子邮箱 |  | | | | | 成立时间 |  |
| 法定代表人姓名 |  | 联系电话 | |  | 员工人数 | |  |
| 营业执照号 |  | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |
| 真实性承诺 | 我公司承诺，此表格所有内容均真实有效，并对因提供虚假材料所引发的一切后果承担全部法律责任。  公司名称  2025年 月 日 | | | | | | |