**报名表**

南通市第二人民医院：

根据贵院网站招标编号为 的招标公告，我公司愿意参与该项目招标相关工作。

公司信息如下：

公司名称：

联 系 人：

联系电话：

电子邮箱：

软件制造商信息：

公司名称：

联 系 人：

联系电话：

医废推车制造商信息：

公司名称：

联 系 人：

联系电话：

投标公司名称（盖章）：

报名日期：