**靖江市人民医院2024年度中药饮片供应企业招标报名表**

企业名称（加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 | 法定代表人 | 注册资本 | 成立日期 | 社会信用代码 | 授权代表 | 授权代表电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |

备注：

1.表格内容请如实填写；

2.企业名称需加盖公章方可有效。

日期： 年 月 日