**采购项目需求调查机构报名表**

日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 广东省监狱中心医院2025-2026年度需求调查机构谈判采购项目 |
| 报名单位全称（加盖公章） |  |
| 地址 |  |
| 统一社会信用代码证号 |  | 单位性质（类型） |  |
| 法定代表人 |  | 身份证号 |  |
| 授权委托人联系方式 | 姓名 | 身份证号 | 电话号码(手机） |
|  |  |  |
| 报名供应商银行账户信息 | 开户名称：开户银行：银行账号：  |

说明：所联系电话应保持工作时间畅通。