|  |
| --- |
| **广州市花都区第二人民医院竞拍报名申请表** |
|  |  |  |  |  |  年 月 日 |
| 项目名称 | 广州市花都区第二人民医院报废医疗器械处置现场拍卖项目 |
| 竞拍人单位名称（填写全称）  | 　 |
| 竞拍单位法定代表人姓名 | 　 | 竞拍人法定代表人身份证号 | 　 | 竞拍人法定代表人联系电话 | 　 |
| 竞拍经办人姓名 | 　 | 竞拍经办人身份证号 | 　 | 竞拍经办人联系电话 | 　 |
| 竞拍人电子邮箱： | 　 |
| 竞拍人公对公转账付款账户信息 | 　 |
| 承诺说明 | 我公司保证所提交的营业执照、资格证书等证明材料真实有效，如有伪造证明材料，责任自负。 |
| 竞拍人单位盖章 | 　 |