|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  | | | | | |