**公告附件1：报名登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **中山市口腔医院自动防烟门系统采购项目** |
| **单位名称** |  |
| **公司地址** |  |
| **营业执照注册号** |  |
| **报名人** |  | **联系电话** |  |
| **公司电话** |  | **电子邮箱** |  |

注：报名时提交有效的营业执照（或事业法人登记证或身份证等相关证明） 副本扫描件并加盖公章。

**公司盖章：**

**报名日期：**