**诸暨市第五人民医院投标报名登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 项目编号 |  |
| 响应单位名称 |  |
| 公司地址 |  |
| 法定代表人 |  | 联系方式 |  |
| 授权代表人 |  | 联系方式 |  |
| 报名邮箱 |  |
| 报名确认 |  响应单位盖章 日期： |