供应商报名登记表

日　　期	2026 年　　月　　日　　时　　分		
项 目 名 称	中山市口腔医院岐江新城门诊部牙科器械采购项目		
项 目 编 号	SGZB2026-A0006		
招标文件售价	500元		
投标单位名称			
项目联系人		手　　机	
联系电话		传　　真	
E- mail		邮政编码	
通信地址			

提交的报名文件资料

序号	报名资料	是否提交	备注
1	投标单位购买人身份证 （复印件并加盖公章，自然人投标加按指模印）		
2	投标单位单位有效营业执照 （复印件并加盖公章）		

承诺：我承诺以上所填资料真实可靠。

签名：