**报 名 表**

广西医科大学第一附属医院：

依据贵单位广西医科大学第一附属医院采购代理机构遴选的公告，我方 （代理机构名称） 已经知晓贵单位关于本次遴选的招标事项，并愿意遵守公告的有关要求，正式提交报名表，以申请获得遴选文件。

我单位报名信息如下：

本单位通讯地址：

接收遴选文件的电子邮箱地址：

报名联系人及联系方式：

法定代表人或委托代理人（被授权人）签字： 、

报名单位盖章：