附：报名表

|  |
| --- |
| **阳山县人民医院** |
| **参加技术论证或谈判项目报名表** |
| 项目名称 | 　 | 品牌 | 　 |
| 单位名称 | 　 |
|  联系人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 资质情况： | 有相关复印件打“√”：《授权函》□； 《医疗器械生产许可证》□， 《医疗器械经营许可证》□ 《中华人民共和国医疗器械注册证》□，《营业执照》□， 《税务登记证》□，《组织机构代码证》□或（三合一）证件□，包括厂家（加盖公章）补充： |
|
|
| 签 名： |  |  报名日期： 年 月 日 |