**项目编号：BSXYY-ZBCG-2024049**

**项目名称：医疗废物处理服务**

|  |  |
| --- | --- |
| **公 司 名 称** |  |
| **报名人（联系人）姓名** |  | **报 名 时 间** |  |
| **联 系 电 话** |  |
| **报名人（联系人）电子邮箱** |  |
|  **报名所需的材料是否齐全，齐全打√，不齐全打×**  |
| 1 | 具有独立承担民事责任的能力。（三证合一营业执照复印件盖公章、原件备查） |  |
| 2 | 信用证明（注：在‘信用中国’网站、‘中国政府采购网’网站等渠道查询的信用证明） |  |
| 3 | 如是法人需提供法人身份复印件，如是法人委托代表需提供法人身份证复印件、委托书、被委托人身份证原件，复印件。 |  |

**报名表**

备注：报名表请在所填公司名称处盖公章