附件：

**报 名 表**

广西壮族自治区皮肤病防治研究所（皮肤病医院）、广西壮族自治区亭凉医院：

依据贵单位广西壮族自治区皮肤病防治研究所（皮肤病医院）、自治区亭凉医院关于医用耗材配送供应商遴选的公告，我方 （报名单位）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：

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：