|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **深圳市龙岗区人民医院药品配送商集中遴选报名表** | | | | | | |
| **报名时间：    年  月  日** | | | | | | |
| **报名项目** | |  | **编号** | |  | |
| **报名单位名称** | |  | **公司注册地区** | |  | |
| **报名人/授权人** | |  | **联系方式** | | 电话：  邮箱**：** | |
| 以下资料如提供请打√ | | | | | | |
| **序号** | **报名资料** | | | **有效期** | | **核实情况** |
| 1 | 营业执照 | | |  | |  |
| 2 | 药品经营许可证 | | |  | |  |
| 3 | 法人证明 | | |  | |  |
| 4 | 法定代表人授权委托书 | | |  | |  |
| 5 | 信用文件 | | |  | |  |
| 6 | 其他补充文件（报名供应商按实填写） | | |  | |  |
| 7 |  | | |  | |  |
| 8 |  | | |  | |  |
| **报名人确认签名：** | | | | | | |