附件

南京医科大学第四附属医院竞标报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **除四害消杀服务项目** |
| **报名单位** | 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 经办人 |  |
| 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| **报名资料** | 营业执照复印件相关资质证书法定代表人身份证、授权代表身份证（原件及复印件）《法定代表人授权委托书》（法人办理报名的可不提供）一套**（加盖公章）** |
| 单位名称（加盖公章）：经办人（签名）：年 月 日 |

**南京医科大学第四附属医院**