沧州市中心医院

代理机构报名及文件资料签领表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人 | 单位全称（盖章）： |
| 联系电话： |
| 传真： |
| E-mail： |
| 法人代表授权委托 | 被授权人姓名： |
| 职务： |
| 内　容 | 领取人签名 | 电　话 | 备　注 |
| 比选文件 |  |  |  |
| 其他附件 |
| 项目名称 |
|  |
|  |
|  |
|  |

项目编号：　　　　　　　　　　　　 　年　　月　　日

注：请提供随时能联系到的电话，如联系不到后果自负。