附件1：报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | **广州中医药大学第三附属医院芳村分院发光招牌字项目** |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 单位电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系人 |  | 手机号码 |  |
| 报名资料 | □1.有效的《工商营业执照》（如非“三证合一”证照，同时提供税务登记证及组织机构代码证副本复印件）等相关证件。□2.自行登录“国家企业信用信息公示系统”（http://www.gsxt.gov.cn/index.html),在右上角“信息打印”栏打印《企业信用信息公示报告》。□3.报名人如为法人代表，须提交报名单位法人代表证明书、法人代表第二代居民身份证复印件（原件备核）。报名人如为授权代理人，须提交报名单位法人代表证明书、法人代表第二代居民身份证复印件、法人授权书及授权代理人第二代居民身份证复印件（原件备核）。□4.提供近三年内同类型业绩服务合同复印件2份或以上。□5.报价表。**注：本项目不接受联合体报名。** |
| 备注 |  |
| 报名人签字： 报名时间：2025年 月 日 |