|  |
| --- |
| **报名登记表** |
| 项目名称：宜春管理中心安源养护所2025年员工团体意外险、雇主责任险采购项目 |
| 供应商名称 | （供应商填写） |
| 法定代表人姓名 | （供应商填写） | 手机 | （供应商填写） |
| 被授权人签字 | （供应商填写） | 手机 | （供应商填写） |
| 电话 | （供应商填写） | 邮箱（接收询比采购文件） | （供应商填写） |
| 营业执照 | 填写营业执照号码 |
| 资质证书 | 填写资质等级号与号码 |
| 单位介绍信、身份证 | 扫描件 |
| 法人代表身份证明或授权委托书 | 扫描件 |