附件一：

**惠州市第二人民医院社会招标代理机构备选库入库报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 注册地址 |   | 成立时间 |   |
| 单位地址 |   |
| 法定代表人 |   | 联系电话 |   |
| 统一社会信用代码 |   | 执照有效期 |   |
| 注册资本（万元） |   |
| 近三年来不良记录 |   |
|                 代理资质基本情况 |
| 序号 | 资格类型 | 有效期 | 证书编号 |
|   |   |   |   |
|   |    |   |   |
|   |   |   |   |
| 单位人员构成基本情况 |
| 在职人员总数 |   |
| 业务联系人 |   | 联系电话： |
| 邮箱： |