

报名登记表

项目名称	医保码展码合作金融机构项目（第二期）		
参与单位名称			
营业执照统一社会信用代码			
办公地址			
固定电话		传真	
联系人姓名		联系手机	
<p>我单位已认真阅读公告，确认已完全符合公告所列的报名条件和要求。我方在收到比选文件后，已检查页数和附件数量。未发现任何页数或附件数量的遗缺，任何数字或词汇模糊不清，任何词义含糊不清，我单位已完全理解且对比选文件无异议。</p> <p>法定代表人（负责人）或授权代表（签字）： 盖章 报名日期：</p>			
受理报名时间			