**广州医科大学附属第三医院劳务派遣服务采购项目报名登记表**

带 **\*** 号必填

|  |  |
| --- | --- |
| **\*** 项目名称 |  |
| **\***项目编号 |  |
| **\*** 单位名称 |  | **\*** 法人代表 |  |
| **\*** 统一信用 代码 |  |
| **\*** 地址 |  |
| \*电子邮箱 |  | 办公号码 |  |
| **\*** 经办人 | 姓 名 | 身份证号码 | 手机号码 |
|  |  |  |
| **\***项目负责人 | 姓 名 | 身份证号码 | 手机号码 |
|  |  |  |
| **\*** 报名单位经办人签名 | 年 月 日 |
| **\*** 采购单位经办人签名 | 年 月 日 |
| 备 注 |  |

注意事项：

1.请确保上表信息的真实和准确，由此导致的任何法律责任将由填表公司自行承担。

2.如还未有“统一信用代码 ”的公司，请把“工商注册号 ”和“组织机构代码 ”填写到“统一信用代码 ”一 栏。

3.与本项目相关的一切信息将会与上表填写的项目负责人联系，请确保上表填写的信息准确无误，否则由于 联系不到该人员而导致的任何结果由填表公司自行承担。