**南通市第六人民医院调研项目报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目编号 |  |
| 包号 |  | 项目名称 |  |
| 品牌 |  | 规格型号 |  |
| 报名单位信息 | 公司名称 |  |
| 详细地址 |  |
| 法定代表人 |  |
| 报名人信息 | 姓 名 |  |
| 身 份 | □法定代表人 □委托代理人 |
| 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮 箱 |  |
| 承 诺 | 本单位自愿参与贵院该项目的调研活动，保证报名材料及其后提供的一切材料都是真实的、准确的、有效的，并按照贵院有关规定和要求参与调研活动，否则贵院有权取消本单位的报名资格。同时，当报名单位较多时，贵院有择优选择邀请参与人的权利，对此表示理解和认可。此外，若因在规定时间内报名材料未及时提交或提交不全等因素造成的报名审核未通过，由本单位自行承担相应后果。 单位：（盖章）签名： |