附件1：

报名信息表

|  |  |
| --- | --- |
| 公司名称 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 公司地址 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 委托代理人 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  | 传真号码 |  |
| 单位简介 |  |
| 备注 |  |

报名单位： （盖章）

报名日期： 年 月 日

附件2

授权委托书

致：景洪市第一人民医院

兹授权（受托人姓名），身份证号：XXXXXXXXXXXXXXXXX为我单位（公司名称：XXX公司）的合法代理人，全权代表我单位参与景洪市第一人民医院医共体区域检验中心整体项目征询会相关事宜，包括但不限于：

1. 提交报名材料及建设方案；
2. 参与方案陈述与答疑；

3.

本授权有效期自202X年XX月XX日至202X年XX月XX日。

委托人（法定代表人）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

公司名称（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_