附件1：报名表

**湖州市第一人民医院2024年医院未被污染输液瓶（袋）定点回收服务项目报名表**

|  |
| --- |
| 报名时间： 年 月 日 |
| 投标申请人名称及鲜章： |
| 授权代表姓名及联系方式： |
| 备注： |
| **以上内容由投标单位填写** |
| 报名资格审核情况：  经审核，该投标单位符合本次招标相关报名要求，同意其投标报名。    审核人签名： 年 月 日 |