附件：

招标代理机构遴选报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 山东省公共卫生临床中心招标代理机构遴选项目 |
| 投标人资料 | 单位名称 |  |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| 项目联系人 | 姓名 |  |
| 手机 |  | 办公电话 |  |
| 传真 |  | 电子邮箱 |  |

单位公章

年 月 日