|  |  |
| --- | --- |
| **供应商报名** | |
| **投标项目编号** | **B-2523-1** |
| **投标项目名称** | **医学考试系统** |
| **投标企业名称** | **ＸＸ** |
| **授权代表及联系电话** | **ＸＸ** |
| **报名时间(现场填写)** |  |
| **开标情况** | **🞎资格性不满足要求**  **🞎符合性不满足要求**  **🞎报名供应商不足三家**  **🞎实质响应供应商不足三家**  **🞎正常开标** |
|  | |
| **签名:** | |

备注:本表由供应商填写后自行打印，到现场报名时与工作人员核对。