**投标登记表**

|  |
| --- |
| 项目名称：武汉市武东医院医疗责任保险服务项目 |
| 项目编号：HBCS-2023031 |
| 投标人名称： |
| 拟投包号、标段（如未分包、标段不填）：/ |
| 移动电话： |
| 固定电话： |
| 电子邮箱： |
| 报名登记时间： 年 月 日 |
| 授权代表签字： |