**报 名 表**

**隆林各族自治县中医医院：**

经研究，我方决定参加贵院2025年度医疗责任险采购项目（LLXZYYY20250007）的招标活动。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1.我方提交的所有报名资料真实合法有效，如所提供材料存在虚假情况，一经查实，自愿接受医院相关处罚。

2.如果我方的报名文件被接受，我方将履行报名文件中规定的每一项要求。

3.我方愿按《中华人民共和国民法典》履行自己的全部责任。

4.我方同意遵守贵院有关比选活动的各项规定。

报名供应商全称（公章）

报名供应商代表姓名、职务：

地 址：

电 话：

邮 箱：

日 期：