报名表

项目名称：安顺农村商业银行股份有限公司社保卡桌面制卡设备维保服务项目

|  |  |
| --- | --- |
| 投标人名称 |  |
| 注册地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 传真 |  | 邮箱 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 成立时间 |  |
| 备 注 |  |

**注：请务必填写正确的邮箱地址，以便获取采购文件。**