**报 名 登 记 表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 中山大学附属第六医院粤西医院/信宜市人民医院资金存放业务合作银行遴选项目 |
| 项目编号 |  |
| 参选银行 |  |
| 注册资金 |  | 成立日期 |  |
| 办公电话 |  | 人民银行评级 |  |
| 授权代表 |  | 职务 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机 |  |
| 郑重承诺：本行如放弃参加该项目遴选，将于遴选文件要求递交截止时间的3日前书面通知医院。 授权代表签名： 2024年 月 日 |
| 以下材料（均需加盖公章）带齐的请勾选，并按照顺序摆放交至医院留存： |
| 1.报名登记表 |  |
| 2.营业执照复印件（已办理三证合一只需提供营业执照） |  |
| 3.法定代表人证明书及授权委托书 |  |
| 4.被授权人身份证复印件 |  |