附件1：报名表

|  |
| --- |
| **山西省肿瘤医院报名表** |
| 项目名称 | 合同纠纷诉讼代理服务项目 |
| 单位名称 |  |
|  联系人 |  | 联系电话 |  |
| 资质情况： | 有相关复印件打“√”：《营业执照》或执业许可证□法人或负责人身份证(复印件)及被授权人身份证复印件□律师资格证□其它资质（自填）： |
|
|
| 单位名称（签章） | **注：**1、此表及资质附件扫描为一个PDF格式文件，并标注“项目名称+供应商名称”； 2、邮件主题标注“项目名称+供应商名称” |