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” | | |