附件：

****无锡市中心康复医院康复工程技术合作项目报名表****

|  |
| --- |
| ****企业基本信息**** |
| 企业名称（全称）： |
| 营业执照号码： |
| 法定代表人姓名： |
| 企业地址： |
| 假肢矫形器经营年限： |
| ****项目对接信息**** |
| 项目对接人姓名： |
| 对接人电话： |
| ****附件材料清单（需勾选）**** |
| □ 营业执照副本复印件（加盖公章）□ 法定代表人身份证复印件（加盖公章）□ 假肢矫形器生产和经营资质复印件（加盖公章）□ 初步合作方案 |
| ****企业承诺**** |
| 本企业承诺所提供信息真实有效，符合招募公告的合作方条件。如存在虚假信息，愿承担相应法律责任。企业公章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日 |

****填写说明****：

1.所有复印件需加盖企业公章，与报名表一同提交；

2.报名材料请于2025年7月13日前发送至指定邮箱：gissing110@163.com。