**供应商基本情况一览表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称（加盖鲜章） |  | | | | |
| 供应商地址 |  | | 联系电话 | |  |
| 营业执照注册号（统一社会信用代码） |  | | 注册资金 | |  |
| 医疗机构执业许可证号 |  | | 到期日期 | |  |
| 诊疗范围 |  | | | | |
| 主要相关业绩情况 |  | | | | |
| 法定代表人 |  | 联系手机 | |  | |
| 授权委托代表 |  | 身份证号 | |  | |
| 联系邮箱 |  | 联系手机 | |  | |
| 其它需要说明的事项 |  | | | | |