附件1

尿毒症患者治疗医院竞争性比选投标报名表

（模板）

一、报名机构

医院名称（盖章）：[医院全称]

医院地址：[详细地址]

统一社会信用代码：[填写代码]

法定代表人：[姓名]

联系电话：[电话号码]

电子邮箱：[邮箱地址]

二、资质情况

1.医疗机构执业许可证编号：[许可证编号]

2.医院成立时间：[成立日期]

3.诊疗科目包含肾脏病学专业或血液透析专业证明文件（如有）：[文件名称及编号]

三、特色技术简述

特色技术：简述医院在尿毒症治疗领域的特色技术，如开展的特色透析技术或模式等。

四、声明

本医院承诺以上所填信息真实有效，如有虚假，愿意承担相应法律责任，并接受招标单位的处理。

法定代表人（签字）：[签字]

日期：[填写日期]