附件1

南方医科大学第七附属医院党费开户银行邀请项目

报名登记表

|  |
| --- |
| 报名时间： 年 月 日 |
| 单位名称： （盖章） |
| 授权代表姓名及联系方式： |
| 以下报名材料请加盖应选人公章。  1.营业执照、金融许可证（复印件） □  2.法定代表人/负责人身份证复印件 □  3.授权委托书、授权代表身份证复印件 □  4.声明函 □  5.其他报名材料： |
| **以上内容由报名单位填写** |
| **报名资格审核情况：**  经审核，该单位符合相关报名要求，同意其报名。                 审核人签名：  年  月  日 |