**招采子系统广州GPO测试报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **机构名称** |  | | |
| **联系人** |  | **联系方式** |  |
| **统一社会信用代码** |  | **角色类型** | 医疗机构□  生产企业□  配送企业□ |
| **用户签字确认（企业需加盖公章）：**  本单位承诺配合广州药品集团采购平台进行招采子系统广州GPO测试工作。  年 月 日 | | | |