附件：

**九峰街社区卫生服务中心二期项目概念方案征集报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 应征单位名称 |  | | |
| 授权代表人 |  | 联系方式 |  |
| 设计项目  负责人 | 姓 名 |  | |
| 职 称 |  | |
| 执业资格等级 |  | |
| **我司承诺：已阅读、理解并接受《九峰街社区卫生服务中心二期概念方案征集的公告》的所有条款，并保证按照设计任务书要求完成概念方案设计，按时提交成果文件，参加概念方案评选。**  单位名称及盖章： | | | |