**附件5：**

重庆市人民医院保证金退还通知单

|  |  |
| --- | --- |
| 项 目 名 称 |  |
| 遴选时间 |  |
| 合同签字时间 |  年 月 日 |
| 申请单位名称 |  |
| 是否为成交企业 |  |
| 开户行及账号 | 开户行名称： |
| 账号： |
| 申请退还金额 |  元 |
| 合同金额 | 元 |
| 申 请 日 期 |  年 月 日 |
| 申请人联系方式 | 姓名： 联系电话： |
| 分管领导审核 |  |
| 主管领导审批 |  |

附件：1. 法定代表人授权书

 2. 基本账户开户许可证复印件

 3. 银行进账凭证

 4. 重庆市人民医院履约保证金收取证明

 5. 合同原件

注:复印件必须加盖单位公章