

附件 1:

北京美尔目医院管理有限公司破产清算案

意向购买人报名意向书

(仅供参考, 请报名参与者根据实际情况准备, 但不得少于下述信息)

一、企业名称及基本情况

(自行介绍企业基本情况、资金实力、资金来源)

二、通讯方式

联系人: (非法定代表人需提交授权委托书)

联系电话:

电子邮箱:

地址:

三、投资意向

本企业/合伙同意并自愿参与北京美尔目医院管理有限公司破产清算案意向购买人招募和遴选, 并承诺接受《北京美尔目医院管理有限公司破产清算案意向购买人招募公告》中的相关安排。

意向购买人(公章):

二〇二五年 月 日