**项目报名登记表**

**项目名称(供应商自行填写所报项目名称）：**

|  |  |
| --- | --- |
| **投标单位全称** |  |
| **获取日期** |  | **包号** | **/** |
| **投标单位代表****姓 名** | **职 务** | **联系方式（必须如实填写）** |
| **办公室电话号码** | **手机号码** | **传真号码** | **邮箱** | **QQ** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **投标单位法人****姓 名** | **职 务** | **联系方式（必须如实填写）** |
| **办公室电话号码** | **手机号码** | **传真号码** | **邮箱** | **QQ** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **备注：****1、如供应商需要纸质版采购文件，请主动联系经办人，可自取或邮件到付。****2、供应商须在叙永县人民医院官网（https://www.xyxrmyy.com.cn/）上找到本项目信息后将本登记表填写完成后加盖公章并扫描后在报名截止时间前以电子邮件方式传至指定邮箱**835606437@qq.com**注：请及时联系经办人确认报名是否成功。** |