报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 珠海市香洲区第二人民医院药品追溯码扫描设备采购项目 |
| 项目编号 | XZQDERMYY-XXXM2025010 | 报名登记日期 | 2025年 月 日 |
| 单位信息 | 单位名称 |  | 固定电话 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 邮箱（**非常重要！请确保正确**） |  |
| 项目联系人 | 姓名： | 项目联系人手机 |  |
| 声明 | 1.报名供应商发送本项目报名表至采购公告指定邮箱，视为有效送达。2.报名供应商须保证报名表及获得招标文件需提交的资料和所填写内容真实、完整、有效、一致，如因报名供应商递交虚假材料或填写信息错误导致的与本项目有关的任何损失由其承担。 |

**领取文件供应商加盖单位公章：**