投标报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 珠海市香洲区第二人民医院车辆保险采购项目 |
| 项目编号 | HQCG2025010 | 包组号 | / |
| 单位信息 | 投标单位名称（全称） |  |
| 统一社会信用代码 |  | 固定电话 |  |
| 项目联系人姓名 |  | 项目联系人手机 |  |
| 邮箱（非常重要！请确保正确） |  |
| 承诺：我单位承诺以上所填资料真实可靠。领取标书人签字： 报名日期： 年 月 日 | 投标单位盖章： |
| 声明 | 1.投标单位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。 |