**六、供应商报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **采购项目名称** |  |
| **采购类型** | **磋商** |
| **采购人** | 内江市第二人民医院 |
| **供应商报名起止时间** | 2024年 月 日至2024年 月 日（每日上午9:30分至12：00分，下午14：30分至17：00分） |
| **保证金截止时间** | **/** |
| **磋商响应文件递交截止时间** | 2024年 月 日 （北京时间） |
| 已仔细阅读“ （项目名称）”采购公告并认真核对相关资料,已确认相关资料完全领取完毕，无遗漏。 |
| **供应商法定名称** | （盖章） |
| **经办人** |  |
| **经办人身份证号码** |  |
| **联系电话** | 移动电话 | 座机电话 | 邮箱号码 |
| **供应商报名时间** | 年 月 日 时 分 |
| **备注** | 供应商在报名时登记的电话和传真必须真实有效，且从报名时间起至投标响应文件有效期止（工作日每天9:30时至17:00时）保持畅通。失去电话联络或无法送达书面传真，所造成的一切后果由供应商自行承担。本次投标，提供的响应文件电子文本仅供供应商参考，响应文件内容以纸质文件为准，如供应商全部按电子文本编制投标响应文件，所造成的一切后果由供应商自行承担。 |

 经办人签字：