# 附件

**附件1 供应商报名登记表**

**供应商报名登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | | **内江市第二人民医院智慧后勤实施方案** | | |
| **采购人** | | 内江市第二人民医院 | | |
| **供应商获取征集文件起止时间** | |  | | |
| **实施方案递交截止时间** | |  | | |
| **我单位已仔细阅读“内江市第二人民医院智慧后勤实施方案”征集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，且从征集文件获取时间起至递交实施方案截止时间止（工作日每天9时30分至17时00分）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。** | | | |

**附件2介绍信**

**介绍信**

内江市第二人民医院：

兹介绍我公司 （身份证号： ），前往你处办理 （项目名称）的征集文件获取等事宜，请予接洽！

公司地址：

联系人：

联系方式：

公司名称（加盖公章）：

年 月 日