**采购项目报名申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 供应商 |  |
| 地址 |  |
| 邮编 |  | 电子邮箱 |  |
| 电 话 |  | 传 真 |  |
| 联系人 |  | 申请时间 |  |
| 备 注 |  |

**说明：1、请务必清晰准确填写采购项目报名申请表，如因填写错误或不清楚导致采购被拒绝或延误等情况，由填报人承担责任。**

**2、采购方对采购文件的澄清、修改将据此报名申请表填写的电话及电子邮箱联系各报名单位。**

**3、请采购响应人在采购会议召开前不少于1个工作日给弋矶山医院保卫科邮件或电话，确认是否参与本次采购，否则视同确认参加采购会议。**

**联系人:李老师、骆老师、周老师 , 电话:0553-5739110.**

**邮箱：1053729078@qq.com。**