采购报名申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 企业全称 |  |
| 地址 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 开户行及账号 |  |
| 设备厂商 |  | 设备型号 |  |
| 联系人(签字) |  | 联系电话 |  |
| 联系人邮箱 |  | 申请时间 |  |
| 备注 |  |

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、不清楚导致采购被拒绝、延误等情况，采购方不承担责任；

2、采购方对采购文件的澄清、修改将根据表中填写的联系电话或邮箱联系报名单位；

3、请采购响应人在采购谈判会议召开前不少于2个工作日以邮件或电话方式向报名联系人确认是否参与本次采购，否则视同确认参加采购会议。未按时通知报名联系人又未参加采购谈判会议的采购响应人将列入医院采购不良名单，一年内不得参加我院的任何采购活动。