**询价文件获取登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | 蕉岭县人民医院医疗设备采购项目 |
| **项目编号** | SYHX2025032 |
| **采购包号** |  |
| **供应商单位名称**  **（加盖公章）** |  |
| **供应商单位地址**  **（经营场所）** |  |
| **项目联系人姓名** |  |
| **联系电话** |  |
| **电子邮箱** |  |
| **询价文件获取日期** | 年 月 日 |
| **询价文件获取人姓名** |  |
| **询价文件获取人签字** |  |
| **备注** | **1.报名截止时间为：2025年08月29日下午17时30分**  **2.所填联系电话应保证工作时间畅通。** |