**投标企业获取采购文件登记表**

 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | 中山市三角医院智慧门诊（分诊）系统采购项目  |
| **项目编号** | ZL-202401-SJYY-H007 |
| **投标企业名称** |  |
| **统一社会信用代码** |  |
| **电 话** |  | **传 真** |  |
| **邮 箱** |  | **邮 编** |  |
| **地 址** |  |
| 购买招标文件经办人： |
| **姓 名** |  | **联系电话** |  |
| 投标企业联系人情况： |
| **姓 名** |  | **联系电话** |  |
| **获取招标文件递交资料** | □营业执照副本复印件（以便获取开票信息）；□经办人身份证复印件；（请将此登记表填写、签名后连同营业执照复印件、经办人身份证复印件扫描发至邮箱：zlzb@zhilin-gd.com） |
| **投标企业授权代表签名：** |

**代理机构经办人签名：**

**智林招标（广东）有限公司**