**采购文件领购登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **一、项目基本信息** | | | |
| 项目名称 | 惠州仲恺高新区人民医院2024-2025年医疗责任保险服务项目（第三次招标） | | |
| 项目编号 | HZYC202412ZC22 | 所投采购包 |  |
| 采购代理机构 | 惠州友辰招标有限公司 | 项目联系人 | 文工 0752-2020688 |
| **二、投标人/供应商登记信息** | | | |
| 企业名称  （盖章） |  | | |
| 联系人 |  | 联系座机 |  |
| 移动电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 公司地址 |  | | |
| 经办人 | 经办人签字： 日 期： | | |
| **三、供应商注意事项** | | | |
| 投标人/供应商须保证所填资料完整、有效、一致，如因投标人/供应商填写资料错误导致与本项目有关的任何损失由其承担。 | | | |

说明：本表仅作登记使用。