|  |
| --- |
| **文件获取登记表** |
| **项目名称** | 荆州市中医医院招标采购代理机构遴选 |
| **项目编号** | JZZYZ-2022-014 |
| **供应商名称（公章）** | （填写完整的单位全称，必须与响应文件上的供应商一致） |
| **办公地址** |  |
| **授权代表** | （填写联系人姓名）请填写一个固定联系人，变更请来函告知。 |
| **授权代表手机** | （填写联系人手机）有关信息我们会短信发送至手机，请关注并收到后回复。 |
| **授权代表电子邮箱/QQ** | （填写联系人邮箱）有关文件我们会邮件发至您邮箱，请收到后注意回执。 |