**供应商报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 报名项目名称 |  |
| 报名项目编号 |  |
| 报名供应商单位名称 |  |
| 联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮箱：（用于接收采购文件） |  |
| 注册地址 |  |
| 增值税发票形式（选择） | □专用发票 □普通发票  对应开票信息： |

报名供应商单位（盖章）：

日期：2025年 月 日

**注：**

1.以上内容全部填写缺一不可（切不可写错），因信息错误、内容模糊、难以辨认等造成的后果自负。

2.报名表填写完整后，发送至邮箱：**236287981@qq.com**

3.邮件主题为：**丽水市第二人民医院办公及日用品等采购项目报名表-XXX公司**

4.发送此报名表需同时提供PDF版（加盖单位公章）和可编辑版（不需要加盖单位公章）、竞争性磋商文件工本费缴纳凭证。

5.资料费收取账户：

户名:浙江建航工程咨询有限公司

账号:33001696161053001468

开户行:建设银行丽水万丰支行