附件一：

**报名登记表**

**项目名称：医疗设备计量校验服务项目 项目编号：MYFYCG202509-01X**

**询价时间：2025年9月16日 14:00 （北京时间） 询价地点：绵阳市游仙区第一人民医院十楼第一会议室**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商单位全称（公章） |  | | | 报名日期 |  | | |
| 报名单位代表  姓 名 | 职 务 | 联系方式（必须如实填写） | | | | | |
| 办公室电话号码 | 手机号码 | QQ号码 | | 邮箱 | |
|  |  |  |  |  | |  | |
| 供应商单位法人/负责人  姓 名 | 职 务 | 联系方式（必须如实填写） | | | | | |
| 办公室电话号码 | 手机号码 | QQ号码 | | | 邮箱 |
|  |  |  |  |  | | |  |
| 备注： | | | | | | | |

注：报名日期由采购人填写。