**获取采购文件报名登记表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **供应商信息** | 报名项目名称 | 中山大学附属口腔医院2025年内部控制风险评估与评价服务项目采购 |
| 报名人名称  **（加盖公章）** |  |
| 报名人地址 |  |
| 项目授权委托人 |  |
| 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 申请获取日期 |  |

❖供应商须按要求如实、详细地填写此表。如供应商填写的信息不详细或不实，由此引起的一切责任由供应商自行承担。

❖为了提高采购效率，节约社会交易成本与时间，已报名并获取了采购文件而决定不参加本项目响应的供应商，在响应文件递交截止时间的前3日，按《采购邀请函》中的联系方式，以电子邮件形式告知采购人指定联系人（否则影响到供应商今后参加采购人采购项目的评价）。对您的支持与配合，谨此致谢。