**《调查报名登记表》**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 国家医疗保障信息平台业财一体化财务系统（韶关）运营项目 |
| 项目编号 | / |
| 报名日期 | 2025年 月 日 |
| 单位信息 | 单位名称 |  （盖章） | 单位地址 |  |
| 项目联系人 |  | 联系电话 |  |
| 邮箱**（非常重要！请确保正确）** |  |
| 温馨提示 | 1. 请联系我司工作人员（谭工19287539982或0751-8200916）获取本项目的市场调查相关附件。
 |
| 声明 | 1. 代理机构发送本项目相关文件至报名单位的上述“邮箱”，视为有效送达。
2. 报名供应商须保证报名登记表与提交的资料和所填写内容真实、完整、有效、一致，如因报名供应商递交虚假材料或填写信息错误导致的与本项目有关的任何损失由其承担。
 |