附表1

**获取文件登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 武汉市第九医院第三方陪护管理服务项目 | | | |
| 供应商名称  （加盖公章） |  | | | |
| 法人组织机构  代码证编号 |  | | | |
| 法定代表人或  其授权委托人 | 授权代表  （签字） |  | | |
| 固定电话 |  | 移动电话 |  |
| 电子邮箱 | （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。 | | |
| 居民身份证号 |  | | |
| 获取文件  登记日期 | 年 月 日 | | |