附表1

**获取文件登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 武汉市第九医院安全专线服务项目 |
| 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 |