附件:

报名登记表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目编号** | **项目名称** | |
| **NXJCXZC-2025-039号** | **中卫市中医医院医用计量器具、辐射装置工作场所、放射防护性能年度检测服务项目** | |
| **单位名称** |  |
| **法人代表** |  |
| **委托人** |  |
| **委托人手机号码** |  |
| **委托人电子邮箱地址** |  |
| **注册地址** |  |
| **注册电话** |  |
| **统一社会信用代码** |  |
| **开户行** |  |
| **账号** |  |
| **报名日期** | 年 月 日 |

**注：以上信息必须填写完整，联系方式请务必填写正确，采购期间若有澄清或变更，则直接发布至相关网站或你方邮箱，不再电话通知。**