**领购申请表**

项目名称：常州市第三人民医院公共卫生临床救治中心（含常州市医疗急救中心）试剂冷库采购项目

项目编号：JC-SG-[2024]045号

|  |
| --- |
| 投标人全称（公章）： |
| 现委托 （被授权人的姓名）参与常州金诚招投标有限公司该项目的招标文件领购工作。项目招投标过程中答疑补充等相关文件都须投标单位在相关网站上下载，本单位会及时关注相关网站，以防遗漏，并承诺不以此为理由提出质疑。  法人代表人（签字或盖章）： |
| 被授权人姓名： 联系电话： |
| 第二代身份证号码： |
| 接收招标文件指定电子邮箱： |
| **注：本表以上内容填写均需打印，以下内容需由被授权人本人在代理机构领购时现场填写或被授权人填写，扫描件发送指定邮箱。** |
| 领购时间：  年 月 日 时 分 |
| 被授权人签字： |

**\*注：投标人应完整填写表格，并对内容的真实性和有效性负全部责任。**