**获取采购文件回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 | HCZX2025082F | | | | | |
| 项目名称 | 新平县中医医院绩效分配实施方案整体设计与实施项目 | | | | | |
| 供应商名称 |  | | | | | |
| 有效的营业执照 | 法定代表人（负责人）：  统一社会信用代码： | | | | | |
| 法定代表人（负责人）身份证明书 | 有□ 无□ | | 授权委托书及授权代理人身份证件 | | 有□ 无□ | |
| □法定代表人  □委托代理人 | 姓名：  身份证号： | | | | | |
| 获取文件方式 | 获取时间 | 获取人签字 | | 联系电话 | | 邮箱 |
| □现场  □邮箱 |  |  | |  | |  |