保证金登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投标供应商名称（盖章） |  | 联系人及联系方式 |  |
| 项目名称 | 牙科综合治疗椅(第二批) | 项目编号 | CTZB-H191119CWB-2 |
| 投标截止时间 | 2019年12月12日14时30分(北京时间) | 保证金金额 | 标段一:¥60000元  标段二：¥50000元 |
| 缴纳截止时间 | 2019年12月12日14时30分(北京时间) | 备注 |  |

采购人/采购代理机构（公章）：

经办人：邵海勇 手机：18967751006

日期：2019年 月 日

备注：本表填写完整并加盖投标供应商公章后，随报名资料一并提供交采购代理机构，由采购代理机构盖章确认。待确认资金到帐后凭银行汇款回单或进账回单、采购代理机构出具的《保证金登记表》→到公共资源交易结算窗口开具保证金收据。