**附件**

**四川省药品监督管理局化妆品非法添加专项整治行动项目（化妆品抽检）自行采购报名表**

编号：（采购处室填写）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 通讯地址 |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  | | |
| 我单位自愿接受《四川省药品监督管理局化妆品非法添加专项整治行动项目（化妆品抽检）自行采购公告》要求，参与采购响应工作，并保证所填事项和响应文件属实。  （单位盖章）  年月日 | | | |

备注：响应人应按照采购须知要求，编制响应文件。响应文件密封后，须于2020年10月23日9:30前送达省药监局，逾期不予接收。