附件1：

鄂尔多斯市第四人民医院网络安全等级保护

测评服务（复评）项目报名表

鄂尔多斯市第四人民医院：

                                  (单位全称)自愿参加贵单位组织的“医院网络安全等级保护测评服务（复评）”询价采购项目。我方保证提供询价项目要求的全部资料真实、合法。若我方被选定为成交人，我方将严格按照相关要求履行责任和义务。

公司名称：

公司地址：

联系人：

联系电话（手机）：

单位全称（公章）：

法定代表人签字：

           日          期： 2025年 月  日