兴化市妇幼保健院

调研项目

报

名

文

件

单位名称： （盖单位章）

法定代表人或其委托代理人： （签字）

年 月 日

**目 录**

1、报名表

2、单位营业执照。

3、法定代表人授权书（原件）以及被授权代理人身份证复印件。

4、同型号设备供货业绩：近三年二级医院合同复印件及发票复印件（涂改无效）；

5、信用中国资信截图。

6、其他资信证明文件。

上述证明文件中的资格证明文件必须全部提供。投标人所提交的证明文件的完整与否，将直接影响其响应文件的审核和比选结果。**资格性资料按上述顺序含目录和页码**，单独装订。

**一、兴化市妇幼保健院医疗设备项目报名表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称 | ××××××××××项目 | |
| 报名单位  信息 | 单位名称 |  |
| 详细地址 |  |
| 法定代表人 |  |
| 报名人  信息 | 姓 名 |  |
| 身 份 | □法定代表人 □委托代理人 |
| 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮 箱 |  |
| 承 诺 | 本单位自愿参与贵院该项目的采购活动，保证报名材料及其后提供的一切材料都是真实的、准确的、有效的，并按照贵院有关规定和要求参与采购活动，否则贵院有权取消本单位的报名资格。  同时，当报名单位较多时，贵院有择优选择邀请供应商的权利，对此表示理解和认可。  此外，若因在规定时间内报名材料未及时提交或提交不全等因素造成的报名审核未通过，由本单位自行承担相应后果。  单位：（盖章）  签名： | |

**二、单位营业执照**

**三、法定代表人身份证明/授权委托书**

兴化市妇幼保健院:

（供应商名称） 法定代表人 （法定代表人姓名） 代表本公司授权 （供应商代表姓名、联系方式、职务）为我公司本次项目的全权代表，以我公司名义全权处理一切与该项目有关的事宜，其法律后果由我方承担。

我公司 （供应商名称） 对被授权人的签名负全部责任。代理人无转委托权。

本授权书于 年 月 日签字生效，在我方未发出撤销授权书的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权委托书有效期内签署的所有文件不因授权撤销而失效。特此声明。

供应商名称（公章）：

法定代表人签字：

委托代理人签字：

日 期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件（正面） | 法定代表人身份证复印件（反面） |
| 授权委托人身份证复印件（正面） | 授权委托人身份证复印件（反面） |

**四、医疗机构同类产品销售记录**

**五、信用中国网页截图**

**六、其他资信证明材料**