|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **供应商报名表** | | | | | |
| **一、企业基本情况** | | | | | |
| 供应商名称 |  | | | 法定代表人 |  |
| 单位地址 |  | | | 公司类型 |  |
| **二、投标项目资料** | | | | | |
| 项目编号 |  | 公司授权联系人 |  | | |
| 联系电话 |  | | |
| 报名项目名称 |  | 联系邮箱 |  | | |

注明：报名时请按以下顺序装订：

1、供应商营业执照复印件（三证合一）

2．供应商法定代表人授权书

3. 医疗器械生产或经营企业许可证复印件

4. 《检察机关行贿档案查询结果告知函》扫描件（查询对象为企业和法定代表人）

**上述资料或复印件须按以上顺序用A4纸装订成册后，并加盖供应商公章，于参加报名时提交。**

**附件**2 **法定代表人授权书**

# 恩施州中心医院：

(投标响应供应商全称)法定代表人 身份证号为 授权投标代表人 身份证号为： 为全权代表，参加贵方组织的 “ ”采购项目投标活动，全权处理投标活动中的一切事宜。

投标响应供应商单位：（盖章）

法定代表人签字：

授权代表人签字：

日期： 年 月 日

粘贴法定代表人身份证 复印件

粘贴授权代表人身份证 复印件