|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **供应商报名表** | | | | | |
| **一、企业基本情况** | | | | | |
| 供应商名称 |  | | 法定代表人 | |  |
| 公司地址 |  | | 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 | |  | |
| 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(三证合一)复印件（经营范围须包含医疗设备维修相关内容）

2、法定代表人授权委托书（同一页面粘贴法定代表人和被委托人身份证复印件）

3、医疗器械经营许可证资质复印件

4、《检察机关行贿犯罪档案查询结果告知函》（查询对象为投标企业及法定代表人）复印件

**\*供应商报名时按以上顺序用A4纸装订上述资料或证书复印件，加盖供应商公章提交，企业资质证书及《检察机关行贿档案查询结果告知函》的原件照片发至邮箱 327567352 @qq.com。**

**\*经查询报名供应商在《信用中国》官网无不良或失信记录，根据报名资料电话通知报名结果。**

**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