**投标报名登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 宣恩县妇幼保健院医养中心康复门诊改造项目 | 项目编号 | HBSX(G)-24131 |
| 采购人 | 宣恩县妇幼保健院 | 代理机构 | 湖北善行工程管理有限公司 |
| 供应商资格要求 | 见公告 |
| 文件获取登记需提交的资料 | 1.三证合一的营业执照；2.持法定代表人身份证明书或法定代表人授权委托书；3.提供建筑工程施工总承包叁级及以上资质或建筑装修装饰工程专业承包贰级及以上资质；4.《中小企业声明函》；5.经办人身份证原件。**注：以上资料复印件一套（加盖单位鲜章）** |
| 报名起止时间 | 2024年11月12日至2024年11月18日，每天上午08:30至12:00，下午14:30至17:30（北京时间，法定节假日除外） |
| 投标申请人 | 企业名称 |  |
| 报名时间 |  |
| 报名人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| QQ邮箱 |  |
| 备 注 |  |

## **法定代表人授权委托书**

兹授权 同志为我公司参加贵单位组织的（项目名称） 采购活动的供应商授权代表，全权代表我公司处理在该项目采购活动中的一切事宜。代理期限从 年 月 日起至 年 月 日止。

授权单位（签章）：

法定代表人（签字或盖章）：

签发日期： 年 月 日

附：

代理人工作单位：

职务： 性别：

身份证号码：

|  |  |
| --- | --- |
| 粘贴授权人身份证正反面（复印件） | 粘贴被授权人身份证正反面（复印件） |

## 法定代表人身份证明

供应商名称：

单位性质：

地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （供应商名称）的法定代表人（单位负责人）。

特此证明。

|  |  |
| --- | --- |
| 粘贴身份证复印件（正面） | 粘贴身份证复印件（反面） |

供应商： （盖单位章）

 年 月 日

**中小企业声明函**

（适用于工程类、服务类项目）

本公司（联合体）郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库﹝2020﹞46号）的规定，本公司（联合体）参加 宣恩县妇幼保健院 的 宣恩县妇幼保健院医养中心康复门诊改造项目 采购活动，工程的施工单位全部为符合政策要求的中小企业（或者：服务全部由符合政策要求的中小企业承接）。相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业）的具体情况如下：

1. 宣恩县妇幼保健院医养中心康复门诊改造项目，属于建筑业；承建（承接）企业为（企业名称），从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

……

以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

企业名称（盖章）：

日   期：

备注：

1、从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报。

2、中小企业划分标准行业包括：①农、林、牧、渔业；②工业；③建筑业；④批发业；⑤零售业；⑥交通运输业；⑦仓储业；⑧邮政业；⑨住宿业；⑩餐饮业；⑪信息传输业；⑫软件和信息技术服务业；⑬房地产开发经营；⑭物业管理；⑮租赁；⑯商业服务业等其他未列明行业。