**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医疗设备采购项目 | | 项目编号 | HBSX(H)-24174 |
| 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“医疗器械生产/经营企业许可证”；  4.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13日至2024年11月19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