|  |
| --- |
| **文件领取登记表** |
|
| 项目名称 | 宣恩县疾病预防控制中心便携DR采购项目 | 项目编号 | HBTXXE-2025-046 |
| 采购人 | 宣恩县疾病预防控制中心 | 代理机构 | 湖北同欣项目管理咨询有限公司 |
| 申请人资格要求 | 1、满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定，即：（1）具有独立承担民事责任的能力；（2）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；（3）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；（4）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；（5）参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；（6）法律、行政法规规定的其他条件。2、单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加本项目同一合同项下的政府采购活动。3、为本采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的，不得再参加本项目的其他招标采购活动。4、供应商未被列入“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)失信被执行人、重大税收违法失信主体和“中国政府采购” 网站（www.ccgp.gov.cn）政府采购严重违法失信行为记录名单。5、本项目特定资格：(1)供应商所投设备属国家医疗器械管理的，一类医疗器械须提供《医疗器械生产备案凭证》，二类及以上医疗器械须具备《医疗器械注册证》，国家另有规定的从其规定；(2)供应商为制造商的，所投产品为二类及以上医疗器械的，须具备《医疗器械生产许可证》；投标人为代理商的，所投产品为二类医疗器械的，须具备《医疗器械经营备案凭证》或《医疗器械经营许可证》，所投产品为三类医疗器械的，须具备《医疗器械经营许可证》，国家另有规定的从其规定。 |
| 报名登记需持资料 | 供应商持文件领取登记表（见公告附件）、法定代表人身份证明或法定代表人授权委托书原件和经办人身份证原件，营业执照复印件等一套加盖单位鲜章现场获取采购文件。 |
| 报名起止时间 | 时间：2025年09月25日至2025年09月30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） |
| 申请人 | 企业名称(盖章） |  |
| 报名时间 | 年 月 日 |
| 电子邮箱 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 委托代理人 |  | 联系电话 |  |
| 领取记录 | 领取名称 | 时间 | 领取人签名 |
| 竞争性磋商文件 |  |  |

**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。

特此证明。

供应商：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（盖单位章）

\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日

|  |
| --- |
| **附法定代表人身份证复印件（正、反面）** |

**法定代表人授权委托书**

 (采购人名称):

 本人（姓名）为（供应商名称）的法定代表人，现委托（姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改（项目名称） 采购文件领取和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

 委托期限：

 代理人无转委托权。

 授权单位（盖章）: ＿＿＿＿＿＿

 法定代表人(签字): ＿＿＿＿＿＿

 签发日期: ＿＿＿年＿＿月＿ 日

代理人（签字）: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

职 务: ＿＿＿＿＿＿ 性别: ＿＿＿＿

身份证号码: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

|  |
| --- |
| **附法定代表人身份证和委托代理人身份证扫描件（正、反面）** |