|  |
| --- |
| **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** |
| 报名项目名称 |  |  公司联系人  |  |
|  联系电话 |  |
| 项目编号 |  |  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、组织机构代码证、税务登记证扫描件

2、法定代表人授权委托书（同一页面附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扫描件

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