阳光融和医院保税区诊所一批次医疗设备采购项目投标报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*单位名称 |  | | | | |
| \*注册地址 |  | | | | |
| 通信代码 | 电话 |  | | \*邮箱 |  |
| \*成立时间 |  | | | | |
| \*单位性质 |  | | | | |
| \*法定代表人 |  | | \*授权委托人 | |  |
| 资质等级 |  | | | | |
| \*统一社会信用代码 |  | | | | |
| \*固定资产 |  | | | | |
| \*注册资金 |  | | | | |
| \*联系人1 |  | | | \*联系方式 |  |
| 联系人2 |  | | | 联系方式 |  |

注：投标人申明所提供的资料真实有效，如有虚假将承担相关法律任。

投标单位：（盖章）

授权代表：（签名或盖章）

填表日期： 年 月 日

以下填表说明无需打印：

1. 带\*项目为必填项，填写不全影响报名结果，后果自负。
2. 邮箱请填写为发送报名邮件的邮箱号码，如若填写不一致，以报名邮箱为准。
3. 统一社会信用代码请按照营业执照填写。
4. 固定资产请按照最近一个月内财务报表填写。
5. 联系人1及联系方式请填写为授权委托人姓名及联系方式，联系人1为投标项目主要对接人，并应是现场开标的参加人。
6. 投标报名表提交时应提交一份盖章（公章或合同章）PDF版和一份电子Word版。