|  |
| --- |
| **供应商报名表** |
| **一、企业基本情况（盖章）** |
| 供应商名称 |  |
| 单位地址 |  |
| **二、投标项目资料** |
| 项目编号 |  | 公司授权代表人  |  |
| 报名项目名称 |  | 代表人手机 |  |
|  代表人邮箱 |  |

**注明：报名时请按以下顺序装订：**

1、供应商营业执照复印件

2、法定代表人授权委托书

3、职业病危害放射防护预评价乙级资质；

4、湖北省卫健委职业病危害放射防护预评价备案资质（非湖北省供应商）；

**\*供应商报名时按以上顺序用A4纸装订上述资料或证书复印件，加盖供应商公章提交，第3—4项资料拍原件照片发至邮箱 327567352 @qq.com。**

**\*采购办根据报名资料审核相关信用纪录后电话通知报名结果。**

**附件一 法定代表人授权书**

# 恩施州中心医院：

 ( 供应商名称)法定代表人 身份证号为 授权询价代表人 身份证号为： 为全权代表，参加医院组织的“编号： 项目名称 ： ”项目采购活动，全权处理磋商活动中的一切事宜。

 供应商名称：（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