|  |
| --- |
| **供应商报名表** |
| 1. **企业基本情况**（**盖章）**
 |
| 供应商名称 |  |
| 单位地址 |  |
| **二、投标项目资料** |
| 项目名称 |  | 公司授权联系人  |  |
| 项目编号 |  |  联系电话 |  |
| 包号  |  |  联系邮箱 |  |

**报名时请按以下顺序装订：**

1、法定代表人授权委托书

2、供应商营业执照复印件

3、医疗器械生产许可证或医疗器械经营企业许可证（或备案凭证—限II类及以下医疗设备）复印件

**\*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项的原件照片发至邮箱 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**1 **法定代表人授权书**

# 恩施州中心医院：

 ( 供应商全称)法定代表人 身份证号为

授权磋商代表人 身份证号为： 为全权代表，参加院方组织的 “ 编号 项目名称 ”采购项目磋商活动，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

附：法定代表人身份证复印件（正面）

附：法定代表人身份证复印件（反面）

附：授权代表身份证复印件（反面）

附：授权代表身份证复印件（正面）