靖江市人民医院医用耗材遴选

报

名

文

件

单位名称： （盖单位章）

法定代表人或其委托代理人： （签字）

年 月 日

# 目 录

一、项目报名表 （页码）

二、营业执照 （页码）

三、法定代表人身份证明/授权委托书 （页码）

四、其他资质材料 （页码）

五、其他资质材料 （页码）

# 一、靖江市人民医院耗材遴选报名表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | |
| 报名单位  信息 | 名 称 |  |
| 详细地址 |  |
| 法定代表人 |  |
| 报名人  信息 | 姓 名 |  |
| 身 份 | □法定代表人 □委托代理人 |
| 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮 箱 |  |
| 承 诺 | 本单位自愿参与贵院该项目的遴选活动，保证报名材料及其后提供的一切材料都是真实的、准确的、有效的，并按照贵院有关规定和要求参与耗材遴选活动，否则贵院有权取消本单位的报名资格。  此外，若因在规定时间内报名材料未及时提交或提交不全等因素造成的报名审核未通过，由本单位自行承担相应后果。  单位：（盖章）  签名： | |
| 其他说明情况 |  | |

# 二、单位营业执照

# 三、法定代表人身份证明/授权委托书

**法定代表人身份证明**

单位名称：

单位类型：

地址：

成立时间：

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务： 身份证号码： 系 （单位名称）的法定代表人。

特此证明。

单位： （盖单位章）

年 月 日

法定代表人身份证复印件

**法定代表人授权委托书**

法定代表人身份证复印件（反面）

法定代表人身份证复印件（正面）

本授权委托书声明： 我 （姓名）系 （供应商名称）法定代表人，现授权委托我公司的 （姓名） 为我方本次项目的代理人，并授权其全权负责参加该项目的遴选、投标、签订合约以及与之相关的相关事宜。其法律后果由我方承担。

本授权书于 年 月 日生效，在我方未发出撤销授权书的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权代理人在授权委托书有效期内签署的所有文件不因授权撤销而失效。

代理人无权转让委托权，特此声明。

附：法定代表人身份证明

报名单位： （盖单位章）

法定代表人： （签字）

身份证号码：

委托代理人： （签字）

身份证号码：

2024年 月 日

委托代理人身份证复印件

委托代理人身份证复印件（正面）

委托代理人身份证复印件（反面）

# 其他资质材料

**产 品 报 价 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报价单位: |  | | | | | | | | 目录名称： |
| **项目**  **序号** | **名称** | **规格型号** | **生产厂家** | **单位** | **省平台交易码** | **省网价** | **开票价** | **报 价** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **委托代理人：**  **联系方式：** | | | | | | | | | **年 月 日** |

# 备注：产品报价表遴选时用，报名时该页非必须提供。