**浙江日晟信息咨询有限公司投标报名登记表**

报名时间： 报名项目编号：ZJRS2024-CG190

|  |  |
| --- | --- |
| 项 目 名 称 | 浙江省武义县第一人民医院智慧健康服务站建设项目 |
| 报 名 单 位 |  | 邮箱 |  |
| 法 人 代 表 |  | 注册资金 |  |
| 投标联系人 |  | 联 系 方 式 | 电 话 |  |
| 手 机 |  |
| 报名资料 | 凡有意参加武义县政府采购的供应商，请提供以下资料： |
| （一）企业营业执照（副本）复印件1. 法人授权委托书，法人及被授权人身份证复印件
2. **所投核心产品制造商的第二类医疗器械经营备案凭证**

**（以上所有资料均需加盖公章）** |
| 招标代理机构 | 浙江日晟信息咨询有限公司 | 经 办 人联系电话 | 陈女士0579-87669989 |
| **备 注** |   |

**法定代表人授权委托书**

本授权委托书声明：本人（姓名）系(投标人名称)的法定代表人,现授权委托（投标人名称)的 （姓名）（以下称“授权代表” ），以本公司的名义参加（项目名称）投标活动，授权代表在开标过程中所签署的一切文件和所处理的与之有关的一切事务,本人均予以承认。

授权代表无权转委托。

授权代表身份证号：

授权代表联系电话：

附：法定代表人及被授权人身份证复印件（正反两面）

授权人： (签字) 授权代表:(签字)

日期: 年 月 日 日期: 年 月 日

**或、法定代表人身份证明书（法人参加提供）**

投标人名称：

单位性质：

地 址：

成立时间：

经营期限：

姓 名： 性别： 年龄： 职务：

系 (投标人名称) 的法定代表人（企业负责人）。

法定代表人身份证号：

法定代表人联系电话：

特此证明。

附：法定代表人（企业负责人）身份证复印件（正反两面）。

 投标人（盖章）

 日 期： 年 月 日