报名登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 项目名称 | | 楚雄彝族自治州第二人民医院全自动酶免工作站等一批设备采购项目 |
| 2 | 项目编号 | | YNZC-2025-43 |
| 3 | 采购人 | | 楚雄彝族自治州第二人民医院 |
| 4 | 代理机构 | | 云南璋传工程管理服务有限公司 |
| 5 | 招标方式 | | 公开招标 |
| 6 | 供应商名称： （加盖公章） | | |
| 7 | 法定代表人或授权委托人： （签字） | | |
| 8 | 联系电话： | | |
| 9 | 邮箱： | | |
| 10 | 报名时间; 年 月 日 | | |
| **报名费支付账户：** | | | |
| 开户名称 | | 云南璋传工程管理服务有限公司 | |
| 开户行 | | 云南红塔银行股份有限公司楚雄东南支行 | |
| 账号 | | 1060221000264337 | |
| 支行号 | | 313738006027 | |
| 财务联系电话 | | 15608788809 | |
| **注：**此表为供应商投标申请表，请在如实填写完后扫描发送至（邮箱：490969906@qq.com）。我公司将根据此表与供应商进行招标活动中的一切联系（包括现场勘察、答疑、发放补充通知等）。**如供应商漏填、未如实填写或不归还此表所导致后果我公司概不负责。** | | | |

**法定代表人身份证明书**

供应商名称:

单 位 性质：

地 址：

成 立 时间： 年 月 日

经 营 期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

供应商： （盖章）

日 期： 年 月 日

须附：法定代表人身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 国徽面 | 人像面 |

**授权委托书**

致： （采购代理机构）

本人 （姓名） 系 （供应商名称）的法定代表人，现委托 （姓名）为我方合法代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改 （项目名称）[政府采购计划编号/项目编号： ]标段号/包件号： （若有）的报名有关事宜，其法律后果由我方承担。

本委托书于　 年　 月　 日签字生效，特此证明。

代理人无转委托权

供 应 商： （盖章）

法定代表人： （签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人： （签字）

身份证号码：

日 期： 年 月 日

须附：授权代理人身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 国徽面 | 人像面 |

**营业执照扫描件（加盖公章）**

**如需开票请按以下格式填写**

公司名称：

公司纳税识别号：

公司地址:

公司电话：

公司开户银行：

公司银行账户：

开票税目：文件费

开票金额：400.00

开票类型：普票

备注：楚雄彝族自治州第二人民医院全自动酶免工作站等一批设备采购项目