阳光融和医院神经内二科脑循环功能障碍治疗仪采购

投标报名表

|  |  |
| --- | --- |
| \*单位名称 |  |
| \*注册地址 |  |
| 通信代码 | 电话 |  | \*邮箱 |  |
| \*成立时间 |  |
| \*单位性质 |  |
| \*法定代表人 |  | \*授权委托人 |  |
| 资质等级 |  |
| \*统一社会信用代码 |  |
| \*固定资产 |  |
| \*注册资金 |  |
| \*联系人1 |  | \*联系方式 |  |
| 联系人2 |  | 联系方式 |  |
| \*参与本次投标的产品名称 |  | \*参与本次投标的产品品牌 |  |
| \*公司简介 |  |
| 企业资质情况 |
| \*资质证书名称 | 等级及编号 |
| 例：医疗器械经营企业许可证 |  |
| ..... |  |
| 体系认证情况 |
|  |  |
|  |  |
| \*近三年部分主要业绩（以三级医院为主,若无请填无） |
| 项目名称 | 规模 | 合同签订年份 | 合同金额 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：投标人申明所提供的资料真实有效，如有虚假将承担相关法律任。

投标单位：（盖章）

授权代表：（签名或盖章）

 填表日期： 年 月 日

**以下填表说明无需打印：**

1. **带\*项目为必填项，填写不全影响报名结果，后果自负。**
2. **邮箱请填写为发送报名邮件的邮箱号码，如若填写不一致，以报名邮箱为准。**
3. **统一社会信用代码请按照营业执照填写。**
4. **固定资产请按照最近一个月内财务报表填写。**
5. **联系人1及联系方式请填写为授权委托人姓名及联系方式，联系人1为投标项目主要对接人，并应是现场开标的参加人。**
6. **近三年部分主要业绩应为本次投标产品销售业绩。**
7. **投标报名表提交时需提交一份盖公章PDF版和一份电子Word原文件（Word文件请勿粘贴图片）。**