南京市第二医院

CSSD信息追溯系统项目

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、信用中国网站截图……………………………………………（页码）

五、相关业绩……………………………………………………………（页码）

# 一、南京市第二医院院内调研报名表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称 | **CSSD信息追溯系统项目** | |
| 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（接受招标文件） |  |
| 承 诺 | 本单位自愿参与贵院该项目的院内调研活动，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院内调研活动，否则贵院有权取消本单位的报名资格。  同时，当报名单位较多时，贵院有择优选择邀请供应商的权利，对此表示理解和认可。  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：

单位性质：

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）

2020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）

本人 （姓名）系 （投标人名称）的法定代表人，现委托 （姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义全权处理一切与 （项目名称）投标有关的事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限： 年 月 日至 年 月 日

代理人无转委托权。

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：

2020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）

# 四、信用中国网站截图

# 五、相关业绩