阳光融和医院健康管理中心肝功能剪切波量化超声诊断仪采购项目投标报名表

|  |  |
| --- | --- |
| \*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） |
| 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）。**