## 深圳市龙岗区第二人民医院

## 院内招标采购项目供应商报名表

报名时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 项目编号 | ZC20240601-12 |
| 项目名称 | 免费宫颈癌筛查项目冷链配送服务 |
| 投标单位名称 |  |
| 投标单位地址 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 报名人/授权人（签名） |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 以下资料如提供请打√ |
| 序号 | 报名资料 | 是否提交 | 备注 |
| 1 | 供应商“三证合一”证件复印件 |  |  |
| 2 | 法人代表证明及授权委托书 |  |  |
| 3 | 法人及被授权人身份证复印件 |  |  |
| 4 | 被授权人社保缴纳证明 |  |  |
| 5 | 信用记录查询结果 |  |  |
| 6 | 《中华人民共和国道路运输经营许可证》，经营范围包括货物专用运输（冷藏保鲜） |  |  |
|  |  |  |  |
| 本公司已收到《深圳市龙岗区第二人民医院院内公开招标采购文件》，并认真研读，知晓与本次采购相关的一切注意事项。供应商签名（公章）： |