## 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 | ZC20241102-35 |
| 项目名称 | 红蓝光治疗仪等医疗设备采购 |
| 投标单位名称 |  |
| 投标单位地址 |  |
| 报名单位类别 |  □生产企业 □代理商或授权供应商 |
| 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（含“信用中国”“中国政府采购网”以及“深圳市政府采购监管网”） |  |  |
| 6 | 《医疗器械经营许可证》（且经营范围包含该产品） |  |  |
| 7 | 所投产品的《医疗器械生产许可证》 |  |  |
| 8 | 《医疗器械注册证》或《备案凭证》 |  |  |
| 9 | 生产企业的营业执照副本复印件 |  |  |
| 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）： |