报名文件

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_项目**

**企业名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**授权代表：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**联系方式：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**电子邮箱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2017年 月 日**

|  |
| --- |
| **企业信息表** |
|  |
|  |  |  | **填表日期： 2017年 月 日**  |
| 企业信息 | 供方企业名称 |  |
| 营业执照注册号 |  | 有效期 |  |
| 注 册 地 址 |  |
| 法 人 代 表 |  | 注册资金 |  |
| 被授权代表 |  | 联系电话 |  |
| 被授权人身份证号 |  | 电子邮箱 |  |
| 制造商授权 |  |
| 业务范围 |  |
| 企业资质证书 |  、 、 、  |
| 产品信息 |  | 产品名称 | 品牌 | 型号 | 技术参数 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 | 　 | 　 |  |  |
| 售后服务 | 售后服务电话 | 　 | 售后服务人员 |  |
| 售后服务范围 | 　 |
| 本地售后服务 | 有 □无 □ | 　 |
| 案例信息 | 三级甲等医院用户 | 医院及科室名称 | 装机时间 | 联系人 | 联系电话 |
| 1 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 |
|  |

**报名资料清单**

□ (1) 营业执照副本（复印件）、组织机构代码证副本（复印件）、税务登记证副本（复印件）

□ (2)法定代表人授权委托书（原件）

□ (3)授权委托人身份证（复印件加本人签名）

□ (4)资质证书副本（复印件）

□ (5)制造商委托书（复印件）

□ (6)产品彩页、技术参数资料

□ (7)产品的采购和安装的案例，维护用户名单、实施年份、联系人、联系方式等。

**以上内容，必须具有真实合法性并加盖章，所有材料装订成册。**