**东源县妇幼保健院彩色多普勒超声断仪等**

**医疗设备采购项目**

**投标报名表**

项目采购编号：东公易采（公）[2017] 08号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 投标供应商  名称 |  | | | | | | | | |
| 法定代表人 |  | | | | 联系电话 |  | | | |
| 被 委 托 人 |  | | | | 联系电话 |  | | | |
| 单 位 地 址 |  | | | | | | | | |
| 单 位 电 话 |  | | 传 真 |  | | | 电子邮箱 |  | |
| 报名登记备案  起止时间 | 2017年10 月 24日起至2017年10 月 30 日期间  （上午9:00-11:30,下午15:00-17:00） | | | | | | | | |
| 开标时间 | 2017年11 月 14日上午09:30（北京时间） | | | | | | | | |
| 开标地点 | 东源县新河大道东源县国土资源局7楼（东源县公共资源交易中心） | | | | | | | | |
| 提交报名材料 | 序号 | 资料名称  (注：以下报名资料必须同时提供原件核查) | | | | | | | 有的打  “√” |
| 1 | 提交有效的企业法人营业执照或“三证合一”等证明文件； | | | | | | |  |
| 2 | 法定代表人出具的授权委托书原件、被授权代表的身份证复印件及近2个月的社保缴纳证明材料原件（如法定代表人报名，无须提供）； | | | | | | |  |
| 3 | 投标人的法定代表人证明书原件及其身份证复印件； | | | | | | |  |
| 4 | 合格投标人资格要求的所有资质、证明等材料原件。 | | | | | | |  |
| 1. 本人（公司）对招标文件的内容已经了解，对招标文件不存在任何异议，并按要求提交保证金，报名后如退出投标将提前书面通知贵中心。 2. 本人（公司）对所有报名资料的真实性及所作的承诺负有相关法律责任。   法定代表人或被委托人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | |

报名须知：

1. 投标人须按招标文件要求一次性提交报名材料，并保证填写的联系电话、地址等信息真实有效；
2. 以上报名材料复印件全部用A4纸装订成册并加盖公章；
3. 投标实行报名收件与投标资格审查分离制度，收件人的言行不代表任何审查意见；

4、本表仅用于投标人投标报名，中心不负责审核投标人提交的报名材料的真实性。

**投标报名回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 投标供应商名称 |  |
| 采购项目名称 | 东源县妇幼保健院彩色多普勒超声断仪等医疗设备采购项目 |
| 采购编号 | 东公易采（公）[2017] 08号 |
| 投标包组 | 无分包 |
| 开标时间 | **2017年 11月14日上午09:30（北京时间）**  （当天上午09：00时开始受理投标文件递交，投标文件递交截止时间是09:30，逾期概不受理） |
| 开标地点 | 东源县新河大道东源县国土资源局7楼（东源县公共资源交易中心） |
| 投标人报名  经办人签名及 时间 | 经办人签名： 报名时间： |
| 东源县公共资源交易中心 | 收件人签名： 备案时间： |

须知：

1. 请投标人在招标文件规定时间内递交投标保证金或参加投标，不再另行通知。
2. 投标实行报名收件与投标资格审查分离制度，收件人的言行不代表任何审查意见；
3. 此表仅用于投标人投标报名登记备案存档使用。