**大竹县人民医院全自动化学发光测定仪及配套试剂**

**耗材**采购项目

**报名表**

项目编号：**竹医招采20250417**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 供应商报名时间 |  | |
| 供应商名称 |  | |
| 供应商地址 |  | |
| 报名者姓名 |  | |
| 报名者联系电话 |  | |
| 报名者签字并盖公章确认： | | 医院接收人签字确认： |

1、供应商为法人的，法定代表人为报名者的，提供法定代表人身份证复印件盖公章、营业执照复印件盖公章；非法定代表人为报名者的，提供法定代表人对本项目的授权委托书签字盖公章（法定代表人、授权代表均需签字）、法定代表人身份证复印件盖公章、授权代表身份证复印件盖公章、营业执照复印件盖公章。

2、医院将在报名环节通过“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）查询社会采购代理机构在遴选公告发布之日前的信用记录，拒绝近3年内有失信行为和负面处罚的社会采购代理机构参加本项目的遴选活动。单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同社会采购代理机构，不得参加同一合同项下的遴选活动。

3、本表请供应商报名者如实填写，作为已报名的凭证。