**玉溪市红塔区医疗共同体（玉带分院）医疗设备采购项目**

**（产品推介会）报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、项目基本信息** | | | | | | | |
| 项目名称 | | 玉溪市红塔区医疗共同体（玉带分院）医疗设备采购项目（产品推介会） | | | 项目编号 | / | |
| **二、供应商基本信息** | | | | | | | |
| 供应商名称 | |  | | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | |
| 法定代表人 | |  | 身份证号码 |  | | | |
| 授权委托人 | |  | 身份证号码 |  | | | |
| 联系电话 | |  | | 邮箱 |  | | |
| **三、获取文件提交资料** | | | | | | | |
| 序号 | 资料内容 | | | | 有或无 | | 备注 |
| 1 | 有效的营业执照 | | | | 有 无 | |  |
| 2 | 有效的医疗器械经营许可证或医疗器械生产许可证 | | | | 有 无 | |  |
| 3 | 法定代表人身份证明书 | | | | 有 无 | |  |
| 4 | 法定代表人授权委托书 | | | | 有 无 | |  |
| 5 | 报名登记表 | | | | 有 无 | |  |
| 6 | 推介产品彩页 | | | | 有 无 | |  |
| 注：1、以上资料需提供加盖公章的复印件，供应商应据实填写并对所填信息的真实性和有效性负责，所填信息以报名当日为准。2、[上述资料一套发送至邮箱（2209387366@qq.com）并注明公司名称、联系人及电话；](mailto:营业执照复印件加盖公章及法人身份证明书、授权委托书（如有）上述资料一套，发送至邮箱（3658379018@qq.com）并注明联系人及电话；)符合要求后代理机构向供应商发送推介会文件，视为获取文件成功，否则无效。 | | | | | | | |
| 供应商名称 （盖章）：  年 月 日 | | | | | | | |

附件:

**（一）推介产品一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 品牌 | 规格型号 | 制造商名称 | 产地 | 备注 |
| 1 | 血液分析仪 |  |  |  |  |  |
| 2 | 全自动生化分析仪 |  |  |  |  |  |
| 3 | 干扰电治疗仪 |  |  |  |  |  |

**（二）产品彩页**

**（格式自拟）**