# 南阳市第四人民医院

**等保测评投标报名登记表**

时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 设备名称 |  |
| 法人或被委托代理人 |  | 联系电话（手机号） |  | 电子邮箱 |  |
| 投标人应提供资料（如实填写） | * 1.代理商（经销商）法定代表人授权委托书、委托代理人身份证；
* 2.代理商（经销商）营业执照、组织机构代码证、税务登记证或三证合一证照
 |
| 公司性质：□生产厂家 □代理商 □其他公司全称：法定代表人： 注册资本： 营业期限： 统一社会信用代码：生产/经营许可证号： 法人代表授权有效期：委托代理人或法人身份证号： 其他需要补充的情况说明：备注：报名存留加盖公章复印件 1 套带公章的电子版扫描件 1 套请发送至 273275546@qq.com |
| **南阳市第四人民医院：****我方在此声明，我方所递交的报名资料真实有效。我方保证对上述资料的真实性、合法性负责，如一经查实提供虚假材料，无条件放弃投标资格，并愿意承担因我方就此弄虚作假所引起相关部门追究法律责任等一切后果。另外招标人由此受到的损失也由我公司全额承担。****特此承诺。****法人或被委托代理人（签字）**  |

注：以上表格信息请填写完整填写清晰，否则影响投标报名。