**报名准备材料**

**1. 报名准备材料顺序**

1）领取文件登记表（格式1）

2）营业执照复印件；

3）法定代表人身份证明书（格式2）/法定代表人授权委托书（格式3）；

4）投标人为医用耗材及检验检测试剂的生产或经营企业；经营企业提供：医疗器械经营许可证或医疗器械经营备案凭证；生产企业提供：医疗器械生产许可证或医疗器械生产备案凭证。（上述材料须提供相关材料复印件）

5）标书款付款凭证；

6）配送企业营业执照复印件；

7）配送企业医疗器械经营许可证；

8）配送企业通讯录（格式4）。

**2. 报名准备材料格式**

2.1　第1）~8）项报名准备材料，须按顺序准备，加盖公章后统一生成一个PDF文件；

2.2　所有材料（PDF文件及Word文件）统一发送至“**yx@zzgj.net.cn**”。

注：报名截止时，收到的潜在投标人报名资料，以邮箱接收邮件时间靠前的资料为报名材料依据，重复无效。收到代理机构回复邮件即为报名成功。如果邮件内容有误，请在报名期间内进行补充修改。

**3. 注意**

3.1　邮件标题为：“　（投标人名称）+“项目编号”报名准备材料”。

3.2　因未按照要求顺序及格式提供材料，报名审核未通过产生的后果由投标人自负。

3.3　收款账号

　　 单位名称：中资国际工程咨询集团有限责任公司

　　 账号： 562010100100913721

　　 开户银行：兴业银行股份有限公司哈尔滨分行营业部

　　 行号：309261000028

　　 汇款用途填写：“ZZ51887HW88880007招标文件费”

**3.4 如报名成功，我们会以回复电子邮件的方式，将“招标文件、企业账号领取回执单、产品申报说明”等相关文件一并发到投标人邮箱，请投标人及时查收。**

**格式1**

**领取文件登记表**

|  |
| --- |
| 项目名称：桦川县人民医院2025年医用耗材及检验检测试剂集中招标采购项目 |
| 项目编号：ZZ51887HW88880007 |
| **以下由投标企业填写** |
| 投标人名称(必填)： |
| 投标人类型(必填)：🞎生产企业🞎经营企业 |
| 授权人姓名(必填)：  |
| 授权人手机号码(必填)：  |
| 投标业务联系人电话(必填)：注：投标业务联系人电话务必能联系上并能说明投标产品相关事宜，以免贻误投标。 |
| 本次业务往来电子邮箱(必填)：  |
| 领取文件人： 　　领取日期：　　　年　　月　　日 |

**格式2**

**法定代表人身份证明书**

（法定代表人获取招标文件的提供）

姓名：　　　，性别：　　　 ，出生日期：　　　，现任职务：　　　，系　（企业名称）　的法定代表人。

特此证明。

|  |
| --- |
| （※法定代表人（或非法人组织负责人）身份证正、反面复印件※） |

投标人名称（加盖单位公章）：

日期：

**格式3**

**法定代表人授权委托书**

（授权委托人获取招标文件的提供）

单位名称：

法定代表人姓名：　　　　　　　　　　身份证号码：

住所地：

授权委托人姓名：　　　　　　　　　　身份证号码：

工作单位：

住址：　　　　　　　　　　　　　　　电话：

现委托 （授权委托人姓名） 在委托人就项目编号为 ZZ51887HW88880007

的桦川县人民医院2025年医用耗材及检验检测试剂集中招标采购项目的招标活动，以我单位名义处理一切与之有关的事务。

本授权书于　　　年　　月　　 日签字或盖章生效,无转委托，特此声明。

|  |
| --- |
| （※授权委托人身份证正、反面复印件※） |

委托人：（加盖单位公章）

法定代表人：（签字或盖章）

授权委托人：（签字或盖章）

详细通讯地址：　　　　　　　　　　　　　　　邮政编码 ：

传真：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　电话：

日期

**格式4**

**配送企业通讯录**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **配送企业** | **配送企业联系人** | **配送企业手机号码** | **配送企业办公电话** |
| **1** | **\*\*\*\*\*\*** | **\*\*\*\*\*\*** | **\*\*\*\*\*\*** |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |

**注：1、每个产品可选择一个配送企业，确定之后不可更改。**

**2、本项目涉及的所有配送企业，均需按要求填入此表。**