**投标报名登记表（医疗设备类）**

|  |  |
| --- | --- |
| 报名项目招标公告发布时间 |  |
| 报名项目名称 |  | 产品注册证号 |  |
| 产品品牌 |  | 产品型号 |  |
| 供应商名称 |  | 法定代表人 |  |
| 供应商地址 | 　 |
| 产品授权有效期 |  |
| 法定代表人授权有效期 |  |
| 邮政编码 |  | 联系电话 |  |
| 供应商性质 | □生产厂家 □代理商 □其他 |
| 统一社会信用代码证照编号 |  | 注册资本 |  |
| 生产/经营许可证号 |  | 授权人身份证号 |  |
| 被授权人 |  | 被授权人身份证号 |  |
| 手机号码 |  | 一般纳税人证明 | □有 □无 |
| 产品销售客户名单 | 医院名称(三级) | 联系人 | 联系方式 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 产品功能简介 |  |

**注：以上表格信息请填写完整，否则影响投标报名。**