**附件：报名登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | **广州中医药大学第三附属医院门禁系统维保服务项目** |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 法人代表/单位负责人 |  | 手机号码 |  |
| 单位电话 |  | 传真号码 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 报名资料 | 🞎1.有效的《工商营业执照》（如非“三证合一”证照，同时提供税务登记证及组织机构代码证副本复印件）等相关证件。🞎2.自行登录“国家企业信用信息公示系统”（http://www.gsxt.gov.cn/index. html),在右上角“信息打印”栏打印《企业信用信息公示报告》。🞎3.营业执照经营范围如注明“具体经营项目请登录商事主体信息公示平台查询”的，须打印商事主体信息公示平台查询页。🞎4.报名人如为法人代表，须提交报名单位法人代表证明书、法人代表第二代居民身份证复印件（原件备核）。报名人如为授权代理人，须提交报名单位法人代表证明书、法人代表第二代居民身份证复印件、法人授权书及授权代理人第二代居民身份证复印件（原件备核）。🞎5.报名单位应遵纪守法、诚信经营，近三年内（自调研公告发布之日起往前推三年）无违规违法行为或采购活动中无不良记录。（报名单位书面承诺）。 |
| 备注 |  |
| 报名人签字： |

注：根据实际情况进行填写。贵单位可不限于上述内容，可在备注处自行增加辅助材料。

（供应商名称）（盖章）

2024年 月 日