**河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）**

**招标采购报名表**

报名时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 报名单位名称（加盖公章） |  | | |
| 法人（签字或盖章） |  | | |
| 报名单位  基本情况 | 注册地址 |  | |
| 注册资金（万元） |  | |
| 营业执照号及有效期 |  | |
| 经营地点 |  | |
| 授权代理人（手签） |  | 联系方式  （注明号码所在地） | 所在地： |
| 号码： |
| 身份证号 |  | 电子邮箱 |  |
| 注：请如实填写本表格。我们将对表格内容进行核实，一经发现有不实内容，将取消其投标资格，并列入单位黑名单。需填写内容如有缺项，视为报名无效。 | | | |

注意事项（此页仅作说明，无须打印）

法人授权委托书（关键点供参考）

抬头：

公司职务姓名（身份证号）授权给公司职务姓名（身份证号）办理××事项，有效期限等。

双方签字。

双方身份证（正反面）

日期落款。