**投标报名登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 宣恩县中医医院DSA、碎石机机房整改及建设项目 | | 项目编号 | HBSX(G)-24119 |
| 采购人 | 宣恩县中医医院 | | 代理机构 | 湖北善行工程管理有限公司 |
| 供应商资格要求 | | | 见公告 | |
| 文件获取登记需提交的资料 | | | 1.三证合一的营业执照；  2.持法定代表人身份证明书或法定代表人授权委托书；  3.建筑工程施工总承包叁级及以上资质；  4.《中小企业声明函》；  5.经办人身份证原件。  **注：以上资料复印件一套（加盖单位鲜章）** | |
| 报名起止时间 | | 2024年08月14日至2024年08月20日，每天上午08:30至12:00，下午14:30至17:30（北京时间，法定节假日除外） | | |
| 投标申请人 | | 企业名称 |  | |
| 报名时间 |  | |
| 报名人 | |  | 联系电话 |  |
| QQ邮箱 |  |
| 备 注 | | |  | |

## **法定代表人授权委托书**

兹授权 同志为我公司参加贵单位组织的（项目名称） 采购活动的供应商授权代表，全权代表我公司处理在该项目采购活动中的一切事宜。代理期限从 年 月 日起至 年 月 日止。

授权单位（签章）：

法定代表人（签字或盖章）：

签发日期： 年 月 日

附：

代理人工作单位：

职务： 性别：

身份证号码：

|  |  |
| --- | --- |
| 粘贴授权人身份证正反面（复印件） | 粘贴被授权人身份证正反面（复印件） |

## 法定代表人身份证明

供应商名称：

单位性质：

地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （供应商名称）的法定代表人（单位负责人）。

特此证明。

|  |  |
| --- | --- |
| 粘贴身份证复印件（正面） | 粘贴身份证复印件（反面） |

供应商： （盖单位章）

年 月 日

**中小企业声明函**

（适用于工程类、服务类项目）

本公司（联合体）郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库﹝2020﹞46号）的规定，本公司（联合体）参加 宣恩县中医医院 的 宣恩县中医医院DSA、碎石机机房整改及建设项目 采购活动，工程的施工单位全部为符合政策要求的中小企业（或者：服务全部由符合政策要求的中小企业承接）。相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业）的具体情况如下：

1. 宣恩县中医医院DSA、碎石机机房整改及建设项目，属于建筑业；承建（承接）企业为（企业名称），从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

……

以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

企业名称（盖章）：

日   期：

备注：

1、从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报。

2、中小企业划分标准行业包括：①农、林、牧、渔业；②工业；③建筑业；④批发业；⑤零售业；⑥交通运输业；⑦仓储业；⑧邮政业；⑨住宿业；⑩餐饮业；⑪信息传输业；⑫软件和信息技术服务业；⑬房地产开发经营；⑭物业管理；⑮租赁；⑯商业服务业等其他未列明行业。