**公款竞争性存放项目报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | | 绍兴市口腔医院2022年第一期公款竞争性存放项目 | | | |
| 项目编号 | | SXSKQYY-2022-02 | | | |
| 投标单位（人）名称 | |  | | | |
| 企业性质 | |  | | | |
| 法定代表人  （或授权委托人） | |  | | | |
| 身份证号码 | |  | | | |
| 联系电话/手机 | |  | | | |
| E-mail | |  | | | |
| 通信地址 | |  | | | |
| 投标报名费 | | 0元 | | 投标保证金 | 无 |
| 序号 | 报名资料 | | | 是否提交 | |
| 1 | 有效期内的营业执照（正本/副本）原件及复印件 | | |  | |
| 2 | 报名人身份证原件及复印件 | | |  | |
| 3 | 法定代表人（授权委托人）资格证明书和法定代表人（授权委托人）授权委托书 | | |  | |
| 4 | 法定代表人（授权委托人）及被授权委托人（代理人）身份证复印件 | | |  | |
| 5 | 相关资质证书复印件（人民银行年度综合评价证明等） | | |  | |
| 报名人（签字）： | | | 报名时间 | 年 月 日 时 | |

附件：

**法定代表人（授权委托人）资格证明书**

投标人名称：

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　　　　　　 　　　　（投标人名称）的法定代表人（授权委托人）

特此证明。

投标人：（盖章）

日期：　 　年 月 日

**法定代表人（授权委托人）授权委托书**

本授权委托书声明：我 （姓名）系

（投标人名称）的法定代表人（授权委托人），现授权委托 （投标人名称）的　 　（姓名）为我公司代理人，以本公司的名义参加　 （招标人名称）的 （项目名称）的投标活动。代理人在开标、评标、合同谈判过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我均予以承认。

代理人无转委权，特此委托。

代理人：　　　　　性别：　　　年龄：　 　职务：

单位：　　　　　　　　　　　　　地址：

投标人：（盖章）

法定代表人（授权委托人）：（签字或盖章）

日期：　 　年　 月　 日

注：法定代表人（授权委托人）出席开标会议，则不需要提供此表单

**法定代表人（授权委托人）及被授权委托人（代理人）身份证复印件**

**其他资料**

（一）营业执照复印件

（二）金融机构经营许可证复印件

（若为市级分（支）行下属的分支机构参加投标的，请附市级分（支）行授权委托书原件及市级分（支）行法定代表人（授权委托人）身份证复印件等相关证明材料）