**附件：**

**珠海市香洲区人民医院医疗集团食堂食材配送服务采购项目市场调研报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | 参与公司名称 | 联系人 | 联系电话 | 备注（邮箱） |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |

**法定代表人资格证明书**

**珠海市香洲区人民医院：**

                 同志，现任我单位         职务，联系手机：            ，为法定代表人，代表我单位参与贵单位以下项目的采购活动，特此证明。

项目名称：珠海市香洲区人民医院医疗集团食堂食材配送服务采购项目

|  |  |
| --- | --- |
| **法定代表人身份证**  **复印件正面粘贴处** | **法定代表人身份证**  **复印件反面粘贴处** |

法定代表人（亲笔签名或签章）：

签发日期：      年    月    日

单位名称（加盖公章）：

说明：

1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.须提供第二代居民身份证双面复印件，并加盖单位公章。

**法人授权书**

**珠海市香洲区人民医院：**

我单位特授权委任          (姓名)现职员工，作为我方代表，参与贵方的项目，对该代表人所提供、签署的一切文书均视为符合我方的合法利益和真实意愿，我方愿为其行为承担全部责任。

项目名称：珠海市香洲区人民医院医疗集团食堂食材配送服务采购项目

有效期限：自本单位盖章之日起生效。

公司名称（加盖公章）：

法定代表人（亲笔签名或签章）：

授权代理人（亲笔签名）：               ，

联系手机电话：

授权生效日期：        年    月    日

|  |  |
| --- | --- |
| **授权代理人身份证**  **复印件正面粘贴处** | **授权代理人身份证**  **复印件反面粘贴处** |

说明：1.本授权书内容不得擅自修改。

2.须提供第二代居民身份证双面复印件，并加供应商公章。

3.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

网站查询截图证明（**供应商资格要求第2、3点要求）**

供应商承诺书（**供应商资格要求第4、5点要求）**