**附件：**

**珠海市香洲区人民医院2025年医师节礼品采购项目报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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2025年医师节礼品采购项目

|  |  |
| --- | --- |
| **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2025年医师节礼品采购项目

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。

**营业执照**