

投标单位登记申请表

项目名称：		中山市博爱医院创伤中心信息化建设服务项目									
项目编号：		ZSJX2024101101		包组号：	/		开标日期：		2025年03月11日09时30分		
报名时间：		2025年02月18日至2025年02月28日，每天上午09:00:00至12:00:00，下午14:00:00至17:30:00 (北京时间，法定节假日除外)									
供应商名称											
营 业 执 照	统一社会信用代码：			经 办 人	姓名：						
					手机：						
	营业地址：				办公电话：						
					公司传真：						
			营业期限：			E-mail：					
报名须提供资料表（以下资料须加盖公章）								已提交		备注	
1		营业执照复印件									
2		购买人身份证									
响 应 承 诺		我公司自愿参加此次招标活动，并保证所提供的资料真实有效，绝无弄虚作假行为，否则，我公司将承担由此产生的一切后果，并承担由此给招标人及招标代理机构造成的一切损失。 法定代表人或授权代表签名：				备注：各线上登记的供应商须注意以下事项： 1、付款时须备注：项目编号+供应商名称，且在付款完成后致电代理机构确认转账是否成功。 2、须将登记资料原件在3日内寄回给我司（我司拒收到付资料），否则登记不成功我司概不负责！！！！					
招标代理机构经办人				经办日期		2025年 月 日 时 分					

填表说明：

- (1) 上表中字体带有斜杠和下划线的部分由招标代理机构填写；其余内容由投标单位如实填写。
- (2) “报名须提供资料表”一栏应按照本项目招标公告中的“三.获取招标文件”中列明的报名资料顺序填报。