附件三：

|  |  |
| --- | --- |
| 墨脱县背崩乡、甘登乡、加热萨乡、格当乡、帮辛乡卫生院透视室及控制室改造工程及墨脱县人民医院采购体检科、眼科、病理科、妇产科、内科、康复科、检验科、儿科设备项目招标代理服务报名登记表 | |
| 项目基本情况 | |
| 项目名称 | 墨脱县背崩乡、甘登乡、加热萨乡、格当乡、帮辛乡卫生院透视室及控制室改造工程及墨脱县人民医院采购体检科、眼科、病理科、妇产科、内科、康复科、检验科、儿科设备项目招标代理服务项目 |
| 项目编号 |  |
| 报名单位基本情况 | |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 联系人/项目负责人 |  |
| 联系方式 | 联系电话： |
| 电子邮箱： |
| 邮政编码： |
| 相关资质信息 |  |
| 报名单位确认：  报名单位（盖章）：  法定代表人或委托代理人（签章）：  日期： 年 月 日 | |

墨脱县背崩乡、甘登乡、加热萨乡、格当乡、帮辛乡卫生院透视室及控制室改造工程及墨脱县人民医院采购体检科、眼科、病理科、妇产科、内科、康复科、检验科、儿科设备项目招标代理服务

**比选文件**

**比选单位: （盖单位印章）**

**法定代表人或委托代理人: （签字或盖章）**

**日 期： 年 月 日**

**目录**

（格式自拟）

**一、法定代表人身份证明**

比选单位名称：

单位性质：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 身份证号：

职务： 系 （比选单位名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证（正反面）复印件或扫描件

比选单位： （盖单位章）

年 月 日

**二、授权委托书**

本人 （姓名）系 （比选单位名称）的法定代表人，现委托 （姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改 （项目名称）比选文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

附：委托代理人身份证（正反面）复印件或扫描件

比选单位： （盖单位章）

法定代表人： （签字）

身份证号码：

委托代理人： （签字）

身份证号码：

年 月 日

**三、比选单位基本情况表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 比选单位 |  | 法定代表人 |  |
| 注册地址 |  | 邮政编码 |  |
| 注册时间 |  | 联系电话 |  |
| 经营范围 |  | | |
| 注册资金 |  | | |

附营业执照副本复印件

**四、比选报价函**

墨脱县人民医院：

1、我方已仔细阅读了（墨脱县背崩乡、甘登乡、加热萨乡、格当乡、帮辛乡卫生院透视室及控制室改造工程及墨脱县人民医院采购体检科、眼科、病理科、妇产科、内科、康复科、检验科、儿科设备项目招标代理服务）比选公告的全部内容，按照国家及西藏自治区最新文件规定收费标准（中标价格的 ％收费标准），我方愿意下浮 %收取招标代理服务费，并按照相关要求和条件实施和完成各项任务。

2、如我方中标，我方将按照规定完成项目招标工作中的各项任务，并承担相关的全部责任和义务。

3、我方承诺在收到中标通知书后，在中标通知书规定的期限内与你方签订合同。

4、你方的中标通知书连同本比选申请函，包括其所有附属文件，将构成双方之间具有约束力的合同文件。

5、我方在此声明，所递交的投标文件及有关资料内容完整、真实和准确。

6、 其他补充说明：

比选单位： （盖单位印章）

法定代表人或委托代理人： （签字或签章）

地址：

电话：

传真：

邮政编码：

日期： 年 月 日

**五、招标代理服务方案**

（自行编制）

**六、招标代理业绩**

（提供中标通知书或招标代理合同或中标公告网页截图，复印件加盖公章）

**七、从业人员技术服务能力**

（提供招标采购专职从业人员能力考评证书、职称证书扫描件或复印件加盖单位公章查验。）

**八、服务对象满意度**

（提供印证材料，复印件加盖公章）