附件2

医用耗材配送企业遴选报名表

剑阁县妇幼保健院：

我公司作为中国境内合法合规的 配送企业，经营资质、硬件设施、人员配置等条件均符合贵院 配送企业遴选要求，特此报名参与此次医用耗材配送企业遴选。现我司委托 作为授权代理人，负责本项目后续工作。我司承诺，提供递交的资料均合法有效。

法人（签字或盖章）：

授权代理人（签字或盖章）：

授权代理人联系电话：

企业公章

2025年XX月XX日

附以下材料：（1）《营业执照》《医疗器械经营许可证》、医用耗材招采管理系统的配送企业资质，以上文件提供复印件并加盖公章；（2）医用耗材配送企业基本情况登记表；（3）法人身份证正反面复印件（加盖公司公章）、授权代理人身份证正反面复印件（加盖公章）。（4）需提供法人与授权代表以及配送服务的社保证明。

**医用耗材配送企业基本情况登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | | | | | |
| 注册地址 |  | | | 邮政编码 |  | |
| 联系方式 | 联系人 |  | | 电话 |  | |
| 传真 |  | | 网址 |  | |
| 组织结构 |  | | | | | |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | 电话 |  |
| 技术负责人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | 电话 |  |
| 成立时间 |  | | 员工总人数： | | | |
| 企业资质等级 |  | | 其中 | 项目经理 |  | |
| 营业执照号 |  | | 高级职称人员 |  | |
| 注册资金 |  | | 中级职称人员 |  | |
| 开户银行 |  | | 初级职称人员 |  | |
| 账号 |  | | 技工 |  | |
| 经营范围 |  | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |

供应商名称： （盖章）

法定代表人或授权代表： （签字或盖章）

日 期： 年 月 日

# 填表说明

1、企业名称、注册地址、企业类型、法定代表人等项目以工商行政部门核准的内容填写；

2、经营范围、仓库地址等项目以食品药品监督管理部门核准的内容填写；

3、实缴注册资金、销售额、纳税额等项目以上年度税务部门核准的内容填写；

4、技术人员负责人是指具有依法经过资格认定的技术人员；

5、表中所列项目须填写真实完整数据，字体清晰；

6、本表填写一式两份。