**附件1: 报名登记表**

**潍坊医学院附属医院外周介入耗材采购项目报名登记表**

项目编号： SDSM2024-11424 采购代理机构：山东三木招标有限公司

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 拟投标包号、包名称 |  | | |
| 投标人名称 |  | | |
| 拟投标耗材制造商 |  | | |
| 拟投标耗材品牌 |  | | |
| 法定代表人信息 | 姓名： 身份证号： 手机号： | | |
| 开户银行 |  | 银行帐号 |  |
| 常驻办公地址、  固定电话 |  | | |
| 资  质  证  件 | 1、三合一营业执照  2、医疗设备类生产证、医疗器械产品经营许可证  3、招标文件制作费汇款底单 | | |

说明：（1）请逐行容如实填报，于2024年 月 日下午16:30前[以](mailto:以PDF格式逐页发送至wyfyzhaobiaoban@163.com)**[word格式及PDF格式逐](mailto:以PDF格式逐页发送至wyfyzhaobiaoban@163.com)**[页发送至](mailto:以PDF格式逐页发送至wyfyzhaobiaoban@163.com)招标代理机构信箱sdsmzb@163.com并致电代理机构咨询确认（0536-2092077）；（2）如投标多个包号，请分别填写；（3）改动内容填报或虚假填报一概视为无效。（4）如单个包涉及多个设备的，“拟投标设备生产厂家、型号”请逐项设备填写在本表中。

报名登记人姓名： 手机号码： E-mail（不 可变更）：

投标人签章：

填报时间： 年 月 日