**附件27、报名登记表**

**山东第二医科大学附属医院麻醉耗材（有创压力传感器等）采购项目报名登记表**

项目编号： 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 |  | | |
| 拟投标设备生产厂家 |  | | |
| 拟投标设备品牌 |  | | |
| 拟投标设备型号 |  | | |
| 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、其他必须证照  4、磋商文件制作费汇款底单 | | |

说明：（1）请逐行容如实填报，于2025年 月 日下午16:30前[以PDF格式逐页发送至](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