**附件27、报名登记表**

**山东第二医科大学附属医院一次性使用外周血管冲击波导管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 |  | | |
| 供应商名称 |  | | |
| 拟投标产品生产厂家 |  | | |
| 拟投标产品品牌 |  | | |
| 拟投标产品型号 |  | | |
| 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）：

供应商签章： 填报时间：年月日