**附件1：**

成都市第四人民医院食源性疾病病例监测直报系统采购项目

报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **时间** | **报名方式** | **报名单位** | **联系人** | **联系人电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |  |

**附件2：**

法定代表人资格证明

成都市第四人民医院：

单位名称：

地址：

姓名：        性别：       职务：

身份证号码：              ，系 （公司名称）  的法定代表人，以本公司名义参加成都市第四人民医院 **（项目名称）**的邀请比价，代表本公司进行比价谈判、签订合同和处理与之有关的一切事务。

特此证明。

比价申请人（公司全称并加盖鲜章）：

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

日期：      年   月   日

**附件3：**

法定代表人授权书

本授权委托书声明：我 (姓名) 系 (公司名称) 的法定代表人，现授权 (姓名及职务) 为我（公司）委托代理人，以本公司的名义参加成都市第四人民医院 **（项目名称）**的邀请比价。委托代理人在邀请比价比选过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本公司及我本人均予以承认，并全部承担其所产生的所有权利和义务。

本授权书于 年 月 日生效，有效期 天。

委托代理人无转委托权。

特此委托。

比价申请人（公司全称并加盖鲜章）：

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

委托代理人（签字或加盖个人名章）：

日期：      年   月   日