**本项目报名资料：**

1. 项目报名登记表（附件1）

2、报名付款凭证（附件2）

3、法人授权委托书或法人身份证明书（附件3、附件4）

**附1：**

**项目报名登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目编号 | ZB0105-202303-ZCGC0225 |
| 项目名称 | 武汉航天城医院（武汉同济航天城医院、武汉航天城同济医院（筹））标识标牌及发光字体更改制作项目 |
| 供应商名称 |  |
| 开票信息 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| E-mail |  |
| 邮寄地址（收件人信息） |  |

**附2：**

**付款凭证**

|  |  |
| --- | --- |
| 文件费 | （500元） |
| 收款账户信息 | 采购代理机构银行账户信息：户 名：湖北国华项目管理咨询有限公司开户行：民生银行武汉中南支行账 号：0505014210005225 |
| **付款凭证（截图粘贴）：** |

## 附件3：法定代表人授权书

**法定代表人授权委托书**

**武汉航天城医院（武汉同济航天城医院、武汉航天城同济医院（筹））/湖北国华项目管理咨询有限公司：**

 （供应商名称）在下面签名的 （法定代表人姓名）代表本公司授权 同志为我单位参加贵方组织的 武汉航天城医院（武汉同济航天城医院、武汉航天城同济医院（筹））标识标牌及发光字体更改制作项目 （项目编号：ZB0105-202303-ZCGC0225）采购活动的供应商授权代表，全权代表我公司处理在该项目采购活动中的一切事宜。

本授权书自 年 月 日至 年 月 日止签名有效。

授权代表无转委托权。

特此声明。

日期： 年 月 日

附：

供应商名称（公章）：

法定代表人（签名或盖章）：

授权代表（签名）：

授权代表身份证号码：

电话：

附：法定代表人身份证复印件（反面）

附：法定代表人身份证复印件（正面）

附：授权代表身份证复印件（反面）

附：授权代表身份证复印件（正面）

## 附件4：法定代表人身份证明

**法定代表人身份证明书**

企业名称：

企业性质：

地 址：

成立时间：

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （企业名称）的法定代表人。

特此证明。

供应商名称（公章）：

法定代表人（签字）

日期： 年 月 日

附：法定代表人身份证复印件（反面）

附：法定代表人身份证复印件（正面）