**9.桂林市妇幼保健院资格文件签收表**

报名日期： 年 月 日 午 时 分

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 微波消融治疗仪 |
| 项目编号 | GLFY2025-02 |
| 公司（盖章） |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 递交资料 | 1.供应商法定代表人身份证正反面复印件；如委托他人报名，须提供授权委托书及被委托人的身份证正反面复印件。  2.各级营业执照。  3.《医疗器械经营许可证》。  4.《第二类医疗器械经营备案凭证》。  5.《医疗器械生产许可证》。  6.投标人参加政府采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录及有关信用信息的书面声明（格式见附件）。 |
| 递交文件经办人及联系电话 |  |
| 医院审核情况 |  |
| 审核人签字 |  |

**注：供应商应将此表一式两份打印出来，报名时交予医院审核签字后，公司与院方各留存一份。**