**附件：报名登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | **广州中医药大学第三附属医院饭堂承包经营服务项目** |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 法人代表/单位负责人 |  | 手机号码 |  |
| 单位电话 |  | 传真号码 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 报名资料 | 🞎1.有效的《工商营业执照》（如非“三证合一”证照，同时提供税务登记证及组织机构代码证副本复印件）等相关证件。🞎2.自行登录“国家企业信用信息公示系统”（http://www.gsxt.gov.cn/index. html),在右上角“信息打印”栏打印《企业信用信息公示报告》。🞎3.营业执照经营范围如注明“具体经营项目请登录商事主体信息公示平台查询”的，须打印商事主体信息公示平台查询页。🞎4.报名人如为法人代表，须提交报名单位法人代表证明书、法人代表第二代居民身份证复印件（原件备核）。报名人如为授权代理人，须提交报名单位法人代表证明书、法人代表第二代居民身份证复印件、法人授权书及授权代理人第二代居民身份证复印件（原件备核）。🞎5.报名单位应遵纪守法、诚信经营，近三年内（自调研公告发布之日起往前推三年）无违规违法行为或采购活动中无不良记录。（报名单位书面承诺）。🞎6.报名单位须提交同类项目服务内容的业绩清单及提供同类服务项目合同复印件1份。 |
| 备注 |  |
| 报名人签字： |

注：根据实际情况进行填写。贵单位可不限于上述内容，可在备注处自行增加辅助材料。

（供应商名称）（盖章）

2024年 月 日