**附件1：报名登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | **广州中医药大学第三附属医院车辆保险服务项目** | | |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 报名时间 |  | | |
| 联系人 |  | 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）、经营许可证等相关证件。  □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.采购需求调查反馈资料表 | | |
| 备注 |  | | |
| 报名人签字： | | | |

广州中医药大学第三附属医院

总务后勤部