**附件：**

**法定代表人授权书**

致：广州中医药大学第一附属医院

本授权书声明：注册于 （国家或地区）的 （投标人名称）的在下面签字的 （法定代表人的姓名、职务）代表本公司授权在下面签字的 （被授权人的姓名、职务）为本公司的合法代表人，就“**广州中医药大学第一附属医院国家中医疫病防治医疗队（广东）培训暨广州市区域应急医疗队（北片区）培训第三方服务采购项目**”招标的 （可选“报名”），以我方的名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此证明。

**随附《法定代表人证明书》**

**附件：**

**1、代理人(被授权人)身份证或其他有效的身份证明**

**注：投标人必须在上述附件上加盖公章。**

被授权代表身份证复印件

投标人（法人公章）：

地 址：

法定代表人（签字或盖章）：

职 务：

被授权人（签字或盖章）：

被授权人身份证号码：

职 务：

日期：

（投标人可使用下述格式，也可使用广东省工商行政管理局统一印制的法定代表人证明书格式）

**法定代表人证明书**

现任我单位 职务，为法定代表人，特此证明。

有效期限：

附：代表人性别： 年龄： 身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

企业注册号码： 企业类型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

经营范围：

。

**注：投标人必须在上述附件上加盖公章。**

法定代表人身份证复印件

投 标 人（法人公章）：

日 期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 投标报名登记表 | | | | |
| 项目名称 |  | | 报名日期 | 年 月 日 |
| 报名单位名称 |  | | | |
| 地址(营业执照) |  | | 邮编 |  |
| 报名人 | 姓名 | 身份证号码 | 手机 | 传真 |
|  |  |  |  |
| 投标人（负责投标的人员） | 姓名 | 身份证号码 | 手机 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |