**报名资格审核表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目信息 | 项目名称：脑干诱发电位 |
| 项目编号：LRMYY-ZB-2023-005 |
| 报名企业单位信息 | 单位名称： |
| 单位地址： |
| 法人代表： |
| 营业执照统一社会信用代码： |
| 医疗器械经营许可证号： |
| 法人授权被委托人信息 | 被委托人姓名： |
| 被委托人身份证号： |
| 联系电话及邮箱： |
| 投标产品信息 | 生产厂家： |
| 设备型号： |
| 配置说明： |
| 审核情况 | 《企业法人营业执照》是否符合要求：是□ 否□ |
| 资料是否清晰完整：是□ 否□ |
| 审查人员签字： |
| 备注： |

注：1、本表中“审核情况”由工作人员填写。

2、本表填制后需加盖单位印章，提交资料时一并提交。报名时须提交企业法人营业执照、公司营业执照、医疗器械经营许可证及公司法定代表人授权委托书扫描件（加盖红章，公司法定代表人授权委托书需带法定代表人签字或印鉴）一并提交。