# 中山大学附属第一医院设备维修保养服务供应商目录遴选报名申请表（一）

## 一、企业基本信息

|  |  |
| --- | --- |
| **项目** | **内容** |
| 企业名称
 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 注册地址
 |  |
| 成立时间
 |  |
| 注册资本
 |  |
| 企业性质
 | □国有企业 □民营企业 □合资企业 □外资企业 □其他：\_\_\_\_\_\_
 |
| 法定代表人
 | 姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 授权代表人
 | 姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_ 电子邮箱：\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 经营范围
 |  |
| 维保业务范围 |  |

## 二、资质证明文件

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **资质类型** | **是否具备** | **证书名称** | **证书编号** | **有效期至** |
| 营业执照
 | □是 □否
 |  |  |  |
| 医疗器械经营许可证（如适用）
 | □是 □否
 |  |  |  |
| 医疗器械生产许可证（如适用）
 | □是 □否
 |  |  |  |
| 医疗器械注册证（如适用）
 | □是 □否
 |  |  |  |
| 设备厂家授权的维修资质证明
 | □是 □否
 |  |  |  |
| 第三方专业机构颁发的医疗设备维修资质证书
(供应商） | □是 □否
 |  |  |  |
| 专业技术人员持厂家培训证书、医疗器械维修工程师证 | □是 □否
 |  |  |  |
| 其他相关资质证书 | □是 □否
 |  |  |  |

## 三、业绩证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | **服务单位** | **服务时间** | **维保设备类型** | **合同金额 （万元）** | **项目联系人及电话** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## 四、声明与承诺

本人 / 本单位承诺以上所填信息及提交的所有资料均真实、准确、完整，如有虚假，愿意承担相应法律责任，并接受取消报名资格、列入黑名单等处理。

 公司名称（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人 / 授权代表人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日