**医疗设备院内招标报名信息登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **供应商信息** | | | | |
| 单位名称 |  | | 地址 |  |
| 企业法人 |  | | 单位电话 |  |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 营业执照号 |  | | 经营许可证号 |  |
| **产品信息** | | | | |
| 设备名称 |  | | 规格型号 |  |
| 制造商 |  | | 产地 |  |
| 生产许可证号（国产） |  | | 医疗器械注册证号 |  |
| **报名所需资料** | | | | |
| 1、营业执照 | | 2、医疗器械经营许可证或备案凭证 | | |
| 3、医疗器械注册证 | | 4、医疗器械生产许可证 | | |
| 5、厂商授权书 | | 6、法人代表委托授权书 | | |
| 7、其他特殊产品相关证件 | |  | | |
| 填表人： | | 填表日期： 年 月 日 | | |