附件1：

供 应 商 报 名 表

江苏日中天招标有限公司：

我单位已认真阅读江苏师范大学教职工及子女团体补充医疗保险项目信息公告内容，对本项目的采购范围、内容和要求已实质性了解，并确信完全符合采购信息公告所规定的报名条件。愿以积极诚信的态度响应参加本项目的投标（谈判/报价），并保证对本表所填写内容的真实性承担法律责任，现申请报名。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | |
| 主要经营范围 |  | |
| 营业执照统一社会信用代码 |  | |
| 开户行及基本账号 |  | |
| 企业相关资质证书 |  | |
| 企业住址 |  | |
| 法定代表人 | 姓名 |  |
| 联系电话 |  |
| 委托代理人 | 姓名 |  |
| 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 投标采购项目内容 | 江苏师范大学教职工及子女团体补充医疗保险 | |
| 项目名称 | 江苏师范大学教职工及子女团体补充医疗保险 | |
| 项目编号 | JSRZT-G(2019)062 | |
| 选择投标标段及内容 | 江苏师范大学教职工及子女团体补充医疗保险 | |
| 其 他 |  |  |

报名单位公章：

法定代表人签字：

日期： 年 月 日

附件2：

**法人授权委托书**

委托人（全称）：

地 址：

法定代表人：

法人营业执照统一社会信用代码：

受托人： 先生（女士）

身份证号：

兹委托（ ）全权代表我企业（公司）参与江苏师范大学教职工及子女团体补充医疗保险[项目编号：JSRZT-G(2019)062]的招投标活动及签订合同。（ ）以我企业（公司）名义所为的行为及签署的文件，我企业（公司）均予以认可。有关法律责任均由我企业（公司）承担。（ ）无转委托权。委托期限自2019年 月 日起至2019年 月 日止。

委托人（公章）：

法定代表人（签字）：

受托人（签字）：

二Ｏ一九年 月 日

(受托人身份证复印件附后)