**附件1 报名申请表**

项目名称：常州科教城智慧园区一体化平台等级保护测评服务项目

项目编号：DFZB-CS-2020004

|  |
| --- |
| 投标人全称（公章）： |
| 我方经仔细研究，在充分理解并完全同意项目竞争性磋商公告的基础上，现委托         参与此项目的投标报名工作。项目招投标过程中答疑补充等相关文件都须投标单位在相关网站上下载，本单位会及时关注相关网站，以防遗漏，并承诺不以此为理由提出质疑。法定代表人（签字或盖章）： |
| 委托代理人姓名：           身份证号码： |
| 移动电话：             固定电话： |
| 接收磋商文件指定电子邮箱： |
| 注：本表以上内容填写均需打印，以下内容需在采购机构报名时现场填写。 |
| 报名时间：       年     月     日    时    分 |
| 委托代理人签字： |

**注：投标人应完整填写表格，并对内容的真实性和有效性负全部责任**

**附件2：**

**法定代表人资格证明书**

单位名称:

地址:

姓名:     性别:       年龄:      职务:

系                     的法定代表人。为实施 常州科教城智慧园区一体化平台等级保护测评服务项目（DFZB-CS-2020004）的工作，签署上述项目的响应文件、进行合同磋商、签署合同和处理与之有关的一切事务。

特此证明。

                  供应商：（公章）

              法定代表人签字或盖章：

日期：    年    月    日

法定代表人身份证

（复印件）粘贴处

## **附件3：**

**授权委托书**

本授权委托书声明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（供应商名称）的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（法定代表人姓名、职务）代表供应商授权\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（被授权人的姓名、职务）为常州科教城智慧园区一体化平台等级保护测评服务项目（DFZB-CS-2020004）项目竞争性磋商的合法代理人，全权负责参加本次政府采购项目的采购活动、签订合约以及与之相关的各项工作。本对代理人的所有签字负全部责任。

本授权书于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_\_日签字生效，特此声明。

法定代表人签字或盖章：          日期：

职务：                  联系电话：

单位名称：                地址：

身份证号码：

委托代理人签字或盖章：          日期：

职务：                   联系电话：

单位名称：                 地址：

身份证号码：

供应商公章：

地址：                      联系电话：

传真：                    邮编：

开户行：

帐号：

代理人身份证

（复印件）粘贴处

备注：

1、法定代表人参加投标的，提供法人资格证明和本人身份证原件。

2、委托代理人参加投标的，提供授权委托书和本人身份证原件。

**附件4**

疫情期间参与政府采购活动开评标人员健康信息登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 个人住址 |  |
| 单位电话 |  | 个人手机 |  |
| 人员身份 | □采购人代表 □投标人代表 □评标专家 |
| 参加： □ 开标 □ 评标 |
| 项目名称 |  |
| **个人健康情况** |
| 有无发热、乏力、干咳、气促情况 □有 □无 |
| 近14天内是否来自（或途径）疫情重点地区和高风险地区？□否 □是 ，到达时间为： |
| 近14天内是否离开过常州？ □否 □是 |
| 离开常州往 |  | 返常日期 |  |
| 途径（换乘） |  | 途径日期 |  |
| 近14天内是否有与来自疫情重点地区和高风险地区的人员接触情况？□否 □是 ，接触时间为： |
| 本人承诺以上信息真实准确。如有不实，愿承担由此引起的一切后果及法律责任。申报人（签名）： 单位（公章）日期： |

**存在瞒报或审查不严的企业，一经发现将严肃处理，在诚信体系中予以记录，并报有关部门依法追究责任。**