丹阳市人民医院肠内营养制剂遴选报名登记表

**投标单位名称：**

**生产商名称：**

**联系人： 联系方式 ：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身份信息 | 法人身份证 |  |
| 授权委托书原件 |  |
| 被授权人身份证 |  |
| 生产商报名信息 | 生产商营业执照 |  |
| 食品流通许可证 |  |
| 全国工业产品生产许可证 |  |
| 食品生产许可证 |  |
| 社会保障资金证明材料 |  |
| 代理商报名信息 | 生产商营业执照 |  |
| 生产商全国工业产品生产许可证 |  |
| 生产商食品生产许可证 |  |
| 生产商食品经营许可证 |  |
| 代理商营业执照 |  |
| 代理商食品流通许可证 |  |
| 生产商针对本项目授权委托书原件 |  |
| 社会保障资金证明材料 |  |

注：材料按以上填写顺序排列。

签名： 日期：