昆明医科大学附属口腔医院

装卸搬运服务项目市场咨询

**市场咨询反馈资料**

生产企业或供应商名称（盖单位章）：

联系人及联系电话：

日期：

# 一、生产企业或供应商基本情况

1、生产企业或供应商基本情况介绍

附：营业执照、服务资格等复印件

1.1企业资格

附：供应商认为本项目咨询应具有的所有资质材料等复印件；格式自拟

1.2人员资格（如有则提供）

附：供应商认为本项目实施应具有的所有人员资质材料等复印件；格式自拟

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1．公司人员 | | | |
| 人 员  数 量 |  | | 其他 |
| 总 数 | 人 | |  |
| 拟为本项目提供的  人员总数 | 项目组成员： | | 支持人员： |
| 2.拟派往本项目的管理人员和技术人员 | | | |
| 人员类别 | 从事本专业工作时间 | | |
| 姓 名 | 从事本项目工作年限 | 备 注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

2、法定代表人身份证明书

供应商名称：

单位性质：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件

供应商名称：（盖单位章）

年 月 日

3、法定代表人授权委托书

致：

本授权书声明： （供应商全称） 的法定代表人代表本公司授权（委托代理人姓名）为本公司合法代理人，就贵方组织的有关（采购项目名称）的采购需求征集，以本单位名义处理一切与之有关的事务。

法定代表人：（签字）

供应商名称：（盖单位章）

签发日期： 年 月 日

附：

委托代理人姓名：

职务：

身份证号码：

详细地址：

电话：

**注: 委托代理人身份证复印件附在此页。**

# 二、项目具体内容

装卸搬运服务项目盘点方案、市场行情等

格式自拟

1. 项目成果文件

供应商三年内相关工作经历、业绩（附合同）等

格式自拟

# 四、项目周期时限

装卸搬运服务项目进程时间计划表

格式自拟

五、合理化建议

格式自拟

六、收费标准单

格式自拟