附件二：项目参与申请表

**项目参与申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 山东大学齐鲁医院特殊医学用途配方食品供应商遴选 |
| 供应商名称 |  |
| 生产厂家/代理商 |  |
| 联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 联系邮箱 |  |

我公司具备项目要求的资质（资料详见附件），特申请参与本项目院内议价，与本项目有关的一切通讯往来以本申请表注明的信息为准。

**附件明细：**

1、供应商营业执照

2、资质证书

①生产企业提供：有效的食品生产许可证；

②代理商或经销商提供：有效的[食品经营许可证](http://amr.jinan.gov.cn/col/col46832/index.html)；

③国家规定的其它相关资质证明文件或其它涉及特许经营许可的须提供相关证书。

供应商名称（加盖公章）：

经办人签字：

日 期：