附件1

参加新乡医学院第一附属医院

院史馆及周边改造设计方案征集报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 法人代表 |  | 单位电话  及电子邮箱 |  |
| 地址 |  | | |
| 网址 |  | | |
| 资质级别 |  | | |
| 联系人姓名 |  | 职务 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 通信地址 |  | | |
| 设计单位资质（营业执照、税务证、组织代码证、资质证书）是否齐全 |  | 设计单位资质（营业执照、税务证、组织代码证、资质证书）是否在有效期内 |  |
| 是否有法人对项目联系人授权书 |  | 设计单位是否有  违规违法行为 |  |
| 是否有法人身份证复印件 |  | 是否有项目联系人  身份证复印件 |  |

一、承诺函

在阅读并理解《新乡医学院第一附属医院院史馆及周边改造设计方案征集公告》之后，兹作出以下承诺：

1．本单位愿意参加

“新乡医学院第一附属医院院史馆及周边改造设计方案征集”。

2．本单位为本次方案征集所提交的一切资料是真实的。

3．本单位同意本次征集活动的全部内容。

设计单位： （公章）

法定代表人或单位授权代表： （盖章或签字）

日期：

二、设计单位简介

|  |
| --- |
|  |

注：需简要说明单位情况，包括成立时间、业务范围、专业构成、人员规模以及相关设计的专业特长，此表不得超过一页，不得插入图片。

三、近五年内完成的类似项目业绩及获奖情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **项目名称** | **项目地点及设计规模** | **完成**  **年份** | **项 目**  **负责人** | **项目主要成员** | **实施、获奖情况、**  **业主联系方式** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| 项目图片、合同、实施或获奖情况证明文件 | | | | | | |
|  | **项目名称** | **项目地点及设计规模** | **完成**  **年份** | **项 目**  **负责人** | **项目主要成员** | **实施、获奖情况、**  **业主联系方式** |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| 项目图片、合同、实施或获奖情况证明文件 | | | | | | |

四、相关附件

**1、企业法人营业执照复印件（加盖公章）**

**2、单位资质证书复印件（加盖公章）**

**3、设计团队主要创作人员职称及执业资格复印件**

（可多页，均须加盖公章）

**4、法定代表人资格证明文件**

新乡医学院第一附属医院：

兹有 先生/女士为 法定代表人，代表本单位办理一切社会公务事宜，具有法律效力。

附法定代表人基本情况：

通讯地址：

电话号码： 邮政编码：

|  |
| --- |
| 粘贴法人代表身份证明文件复印件 |

单位名称（公章）：

年 月 日

**5、法定代表人授权书**

新乡医学院第一附属医院：

兹授权 先生/女士为我单位参加贵单位组织的新乡医学院第一附属医院院史馆及周边改造设计方案征集活动的代表人，全权代表我单位处理在该项目活动中的一切事宜。代理期限从 年 月 日起至 年 月 日止。

授权单位（盖章）：

签发日期： 年 月 日

附被授权人基本情况：

通讯地址：

电话号码： 邮政编码：

|  |
| --- |
| 粘贴被授权人身份证明文件复印件 |