# 附件2：

**山东第一医科大学（山东省医学科学院）校史馆展陈概念设计方案征集**

**证**

**明**

**材**

**料**

设计单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2021年8月

**填写须知**

1、证明材料分为五个部分：承诺函、设计单位概况、设计单位简介、业绩经验、相关附件。

2、设计单位应按照表格要求的内容如实填写。

3、设计单位可根据具体内容对表格幅面进行适当调整，但不应改变表格的结构和关键信息。

4、证明材料盖章纸质版须连同设计成果一并提交。

5、设计单位提交的所有证明材料将不予退还。

一、承诺函

在阅读并理解《山东省第一医科大学（山东省医学科学院）校史馆展陈概念设计方案征集公告》之后，兹做出以下承诺：

1．本单位愿意参加

“山东省第一医科大学（山东省医学科学院）校史馆展陈概念设计方案征集”。

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。

日期：

法定代表人（公章）：

单位授权代表：

二、设计单位概况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **单位注册名称** |  |
| **2** | **单位详细资料** | |
| 法定代表人 |  |
| 常驻地址 |  |
| 电话 |  |
| 传真 |  |
| 网址 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 设计资质的种类/级别 |  |
| **3** | **本项目联系人** | |
| 姓名 |  |
| 头衔和职务 |  |
| 电话 |  |
| 传真 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 通信地址及邮政编码 |  |
| **4** | **商业登记/营业执照** | |
| 登记证编号 |  |
| 登记地 |  |
| 登记日期 |  |

三、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。

四、近五年内完成的类似项目业绩及获奖情况（不限项，可附加页）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **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、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、实施或获奖情况证明文件 | | | | | | |

五、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**

山东省第一医科大学（山东省医学科学院）档案馆（校史馆）：

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**

山东省第一医科大学（山东省医学科学院）档案馆（校史馆）：

兹授权 先生/女士为我单位参加贵单位组织的山东省第一医科大学（山东省医学科学院）校史馆展陈概念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 |