|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **供应商登记表** | | | |
| 1. **基本情况**（**盖章）** | | | |
| 供应商名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| **二、项目资料** | | | |
| 项目编号 |  | 公司授权联系人 |  |
| 项目名称 |  | 联系电话 |  |
|  |  | 联系邮箱 |  |

**报名时请按以下顺序装订：**

（1）供应商登记表

（2）营业执照复印件

（3）法定代表人授权委托书

（4）药品经营许可证复印件

**附件**1 **法定代表人授权书**

# 恩施州中心医院：

( 供应商全称)法定代表人 身份证号为

授权磋商代表人 身份证号为： 为全权代表，参加院方组织的 “ 编号 项目名称 ”采购项目竞价活动，全权处理竞价活动中的一切事宜。

供应商名称 ：（盖章）

法定代表人签字：

授权代表人签字：

日期： 年 月 日

附：法定代表人身份证复印件（正面）

附：法定代表人身份证复印件（反面）

附：授权代表身份证复印件（反面）

附：授权代表身份证复印件（正面）