**供应商报名表**

|  |
| --- |
| 1. **企业基本情况（盖 章）**
 |
| 供应商名称 |  | 法定代表人 |  |
| 单位地址 |  | 公司类型 |  |
| **二、投标项目资料** |
| 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）营业执照复印件
（2）法定代表人授权委托书（同一页面粘贴法定代表人和被委托人身份证复印件）

（3）药品经营企业许可证复印件；

**\*供应商报名时按以上顺序用A4纸装订上述资料或证书复印件，加盖供应商公章提交**

**\*药品采购办根据报名资料审核后电话通知报名结果。**

**附件： 法定代表人授权书**

# 恩施州中心医院：

 (响应供应商全称)法定代表人 身份证号为 授权代表人 身份证号为： 为全权代表，参加贵方组织的 “ **恩施州中心医院中药制剂室原辅料**”项目，全权处理询价中的一切事宜。

 响应供应商单位：（盖章）

法定代表人签字：

授权代表人签字：

 日期： 年 月 日

粘贴法定代表人身份证 复印件

粘贴授权代表人身份证 复印件