|  |
| --- |
| **供应商报名登记表** |
| 1. **基本情况**（**盖章）**
 |
| 供应商名称 |  |
| 地址 |  |
| **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 |  |

**请按以下顺序装订：**

1. 供应商报名登记表

2、法人身份证明或法定代表人授权书

3、营业执照复印件

4、药品经营许可证

**递交地址：**恩施州中心医院综合楼四楼药品采购办公室

# 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 ”采购项目磋商活动，全权处理磋商活动中的一切事宜。

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（反面）

附：法定代表人身份证复印件（正面）

附：授权代表身份证复印件（正面）

附：授权代表身份证复印件（反面）