附件1：

## 供应商报名登记表

**供应商报名登记表**

**报名时间**： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目编号** | **项目名称** | **产品名称** | **省平台产品代码** | **国家医保编码** | **注册证号** | **生产厂家** | **品牌** | **型号规格** | **单位** | **浙江省内二甲以上医院销售价格** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：一个单位报名多个项目可加行。

**配套设备报名登记表**

**报名时间**： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **品牌** | **型号** | **注册证号** | **生产厂家** | **省内医院销售价格** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  | **提供发票复印件** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：若无配套设备，无需填写此表。

## 供应商通讯地址及联系方式

供应商全称：

通讯地址：

联系人：

联系手机：

联系邮箱：

## 

**法定代表人授权委托书**

（法定代表人签署不需提供此书）

杭州市第一人民医院桐庐医院：

我\_（姓名）系 \_\_（供应商名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工（姓名）以我方的名义参加贵院 （项目名称） 项目的院内自行采购活动，并代表我方全权办理针对上述项目的具体事务和签署相关文件。

我方对被授权人的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

被授权人无转委托权，特此委托。

被授权人签名：

职 务：

被授权人身份证号码：

法定代表人签名：

职 务：

身份证号码：

供应商公章：

签署时间： 年 月 日

附：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件  正反 |  | 被授权人身份证复印件  正反 |

附：社保机构出具的报名截止日前6个月内授权代表的单位社保缴纳证明，任职不足6个月的可提供劳动合同证明文件。