**附件2**

**内蒙古自治区医用耗材备案采购法定代表人授权书**

内蒙古自治区药品器械集中采购服务中心：

本授权书声明：注册于（企业地址）的（企业名称）（法定代表人的姓名）代表本企业授权我单位（被授权人的姓名、身份证号）为企业的唯一合法代理人，参与内蒙古自治区医用耗材备案采购工作，以本企业名义处理一切与之有关的事务。

并承诺：

被授权人参与(**内蒙古自治区医用耗材备案采购工作**)的所有行为均代表我企业，被授权人造成的一切后果，均由我企业承担。

本授权书于年月日签字生效，特此声明。

法定代表人签字（盖章）： 联系电话：

被授权人签字（盖章）： 联系电话:

被授权人

居民身份证

正面

复印件粘贴处

法人

居民身份证

正面

复印件粘贴

被授权人

居民身份证

背面

复印件粘贴处

法人

居民身份证

背面

复印件粘贴

注：身份证粘贴处要加盖企业公章

**内蒙古自治区医用耗材备案采购**

**企业领取用户名及密码委托函**

致：内蒙古自治区药品器械集中采购服务中心

单位（企业名称）委托我单位（被授权人姓名）(身份证号）领取内蒙古自治区医疗机构医用耗材备案采购平台用户名与密码。鉴于密码的重要性，我单位承诺因密码泄漏、修改或操作失误造成的后果，我单位愿负全部责任。

本委托函于年月日签字生效，特此声明。

附：领取人身份证复印件（领取时需核对身份证原件）

**被授权人**

**居民身份证复印件粘贴处**

**（正反面）**

　　　　　　　 法定代表人（盖章）：

（单位公章）

领取人（签字）：

联系电话：

日期：年月日