附件1

授权书

泉州市医用耗材联合带量采购联盟：

本公司作为 产品生产企业/进口产品全国总代理，申请参加泉州市第四批医用耗材联合带量采购，遵守联盟医用耗材采购的相关规定，所提交材料的信息真实有效，如有虚假，愿承担相应的法律责任。

本公司委托授权 （身份证号： 联系电话： ）作为本公司授权代表，负责本次医用耗材采购中涉及的所有相关事宜。

法定代表人（签字或盖章）：

法定代表人身份证号：

法定代表人联系电话：

企业名称（盖章）：

日期：

法定代表人居民身份证复印件

（居民身份证复印件骑缝处加盖企业公章）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件  正面粘贴处 |  | 法定代表人身份证复印件  反面粘贴处 |

代理人（被授权人）居民身份证复印件

（居民身份证复印件骑缝处加盖企业公章）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人（被授权人）  居民身份证复印件正面粘贴处 |  | 代理人（被授权人）  居民身份证复印件反面粘贴处 |