**附表7-1：**

2017年镇江市医疗卫生机构医用耗材及试剂集中采购

投标申请函及法定代表人授权书

镇江市药品集中采购管理工作领导小组办公室：

本企业 （企业名称）自愿申请参与2017年镇江市医疗卫生机构医用耗材及试剂集中采购。由本企业法定代表人授权本企业员工 （被授权人姓名）（身份证号 ）为本企业被授权人，负责2017年镇江市医疗卫生机构医用耗材及试剂集中采购活动的相关事宜，并以本企业名义处理一切与之有关的事务。包含文件递交、账号及密码领取、产品信息确认、网上报价、解密及价格谈判等工作。本企业认可此被授权人签字的文件对本企业具有法律效力。

本授权书自出具之日起至本次采购工作结束有效。

出具日期： 企业盖章：

法定代表人签字：

固定电话： 移动电话：

被授权人签字：

固定电话： 移动电话：

传真： 电子邮件：

企业注册地址：

企业联系电话：

被授权人居民身份证复印件请按照要求粘贴：

请将居民身份证复印件剪裁后粘贴于虚线内。

（被授权人居民身份证复印件粘贴处）

正面

（被授权人居民身份证复印件粘贴处）

反面

注：

1．同一投标企业只限授权一人

2．以上信息必须逐一填写，并与身份证复印件一致，否则无效。