**配送企业基本情况**

配送企业采购序号：

配送企业名称：

配送企业所在地：

配送企业联系电话：

配送企业传真：

配送企业通信地址：

配送企业邮政编码：

配送企业网址：

配送企业电子信箱：

配送企业开户名称：

配送企业开户银行：

配送企业开户账号：

配送企业被授权人姓名：

被授权人联系电话: 手机：

配送企业负责人姓名：

企业负责人联系电话: 手机：

注：为保证医疗机构相关业务联系渠道保持通畅，请认真填写以上内容。

**2017年衡阳市医疗机构医用耗材和检验试剂集中采购**

**配送承诺书（供应商委托其它经营企业配送的）**

(采购文号：HYHCCG-2017)

我单位 (配送企业名称)是合法注册的 （医用耗材或检验试剂）经营企业。现在此承诺对 (供应商名称)在本次集中采购所中选的（目录大类产品名称） 产品承担配送工作。我单位与该生产企业具体的产品配送事宜，由双方另行订立协议确定，与采购单位无关。

我方保证成交后，严格按照《2017年衡阳市医疗机构医用耗材和检验试剂集中采购文件》及采购人的要求，及时供货并提供全面、完善的服务。

本承诺书有效期限为：2018年4月1日至本次采购周期结束。

成交确认合同规定的采购期限与本承诺书的有效期限应一致。若交易合同规定的采购期限延期，本承诺期限自动顺延到采购期限届满。

特此承诺。

供应商名称（盖章）：

配送企业名称(盖章):

联系电话：

配送商法定代表人(签字):

日 期： 年 　 月 　 日

**2017年衡阳市医疗机构医用耗材和检验试剂集中采购**

**转配送企业申请表**

（采购文号：HYHCCG-2017）

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位名称  (盖章) | （指中标企业） |
| 原配送企业名称  （盖章） |  |
| 更换原因 |  |
| 更换后配送企业名称（盖章） |  |
| 配送品种大类及厂家 | 例：“第十一大类：护理类耗材检验试剂” （厂家名称） |
| 配送区域 | （区域划分：衡阳市区 衡阳县区 衡南县区 衡东县区 衡山县区 祁东县区 耒阳市区 常宁市区） |

注：本表一式三份，供应商、配送企业、招标代理机构各一份。

填表人： 办公电话： 手机：

日期： 年 月 日

**2017年衡阳市医疗机构医用耗材和检验试剂集中采购**

**增加配送企业申请表**

（采购文号：HYHCCG-2017）

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位名称  (盖章) | （指中标企业） |
| 配送企业名称（盖章） |  |
| 配送品种大类及厂家 | 例：“第十一大类：护理类耗材检验试剂” （厂家名称） |
| 配送区域（医疗机构） | （区域划分：衡阳市区 衡阳县区 衡南县区 衡东县区 衡山县区 祁东县区 耒阳市区 常宁市区） |

注：本表一式三份，供应商、配送企业、招标代理机构各一份。

填表人： 办公电话： 手机：

日期： 年 月 日

**2017年衡阳市医疗机构医用耗材和检验试剂集中采购**

**法定代表人授权委托书**

本授权书声明： 注册于 （公司地址）的

公司（公司名称） （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权 （被授权人的姓名、职务）为本公司的合法代理人，负责在2017年衡阳市医疗机构医用耗材及检验试剂集中采购活动中提交申报文件、确认申报相关信息、参与竞价、签订医用耗材及检验试剂成交确认合同及执行和完成合同、售后服务等工作，并以本企业名义处理一切与之有关的事务。

本公司认可，被授权人的签字与本公司公章具有相同的法律效力。

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）：

被授权人签字（盖章）：

被授权人手机号码：

见证人签字（盖章）：

见证人职务：

见证人单位名称：

见证人地址：

**被授权人**

**居民身份证复印件粘贴处**

**法定代表人（授权人）**

**居民身份证复印件粘贴处**

（请在骑缝处加盖供应商公章）