**福州市第二总医院妇幼保健院**

**市场调研报名材料**

**项目名称：**

**供应商：**

**联系地址：**

**联系人：**

**联系电话：**

**日  期：**

**单位法人/负责人授权书**

致：福州市第二总医院妇幼保健院

我方的法人/单位负责人（填写“单位法人/负责人全名”）授权（填写“供应商代表全名”）为我方的供应商代表，代表我方参加 （填写“项目名称”/我司代理的产品）项目市场调研报名及产品推介，全权代表我方处理市场调研及产品推介过程的一切事宜，包括但不限于：递交文件、参与谈判、澄清等工作。代表在投标过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我方均予以认可并对此承担责任。

供应商代表无转委权。特此授权。

（以下无正文）

单位法人/负责人：

身份证号： 联系电话：

供应商代表：

身份证号： 联系电话：      联系邮箱：

授权供应商：（全称并加盖单位公章）

单位法人/负责人签字或盖章：

被授权代表签字：

签署日期：    年   月   日

附：单位法人/负责人、供应商代表的身份证正反面复印件（要求：真实、有效、清晰）

**单位法人/负责人身份证复印件**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身份证复印件正面  要求：真实、有效、清晰 |  | 身份证复印件背面  要求：真实、有效、清晰 |
| **供应商代表身份证复印件** |  |  |
| 身份证复印件正面  要求：真实、有效、清晰 |  | 身份证复印件背面  要求：真实、有效、清晰 |