**报名表**

|  |
| --- |
| **项目名称：宾川县中医医院办公用纸配送服务项目** |
| **报名信息** |
| **供应商名称（全称）** |  |
| **法定代表人** |  |
| **经办人** |  |
| **经办人电话** |  |
| **单位联系电话** |  |

**注：**

**供应商报名时须如实认真填写供应商信息，电话保持畅通，供应商名称应与公章上的名称一致，若因供应商提供的错误信息 （如电话号码填写错误、电子邮箱地址填写不清难辨等）或关、停机等原因 ，对其询价等相关事宜造成影响的，由供应商自行承担所有责任。**

**报名时间：**

**法人授权委托书**

委托单位:

营业执照统一社会信用代码:

联系电话:

受委托人:

身份证号码:

现委托上列受委托人在宾川县中医医院代表我公司进行“办公用纸”项目推广与产品销售工作。

本授权委托书有效期限截止至 。除在指定区域办理指定的业务外，受委托人无权代表我公司办理其他任何事务。

委托单位（有效公章）：

法定代表人签章：

经办人身份证（正反面）复印件

身份证（正面）：

身份证（背面）：

公司资质（复印件）