**医药企业重置密码申请表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请企业 |  | | | | |
| 被授权人姓名 |  | 联系方式 | |  | |
| 企业注册号  （企业账号） |  | | | | |
| 重置密码账号  所属系统 | □药品交易系统  □药品集中招标系统  □SSL VPN  □医用耗材及检验试剂交易系统  □医用耗材及检验试剂数据申报系统 | | | | |
| 材料清单  （材料另附） | 法人代表授权书等 | | | | |
| 受理人 |  | | 受理时间 | |  |

受权人签字：

安徽省公立医疗机构交易及数据申报系统密码重置

企业法人授权书

本授权书声明：注册于 （公司地址）的

（公司名称）的 （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）为公司的合法代理人，就安徽省公立医疗机构医药网上集中交易活动中报名、递交、确认配送企业资质证明文件、确定配送执行和售后服务，以本公司名义处理一切与之有关的事务。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人签字和盖章

被授权人签字

配送企业名称（盖章）

**（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