**报名函**

致：汕头大学医学院第二附属医院

关于贵院 2023 年 5 月 16 日 2023-ZCB004 号遴选文件的遴选公告，本签字人愿意参加遴选，并证明提交的资格文件和说明是准确的和真实的。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 响应产品名称 |  | 产品序号 |  |
| 拟报名产品归属 | □自厂 □合资□国产 □进口 | 相关产品样品 | 有□ 无□ |
| 公司全称（加盖红章） |  | 签字（法人代表/授权代表）、职务 |  |
| 公司地址 |  | 联系电话/邮箱 |  |

遴选供应商报名函·交由遴选单位报名点存根

**授权书**

致：汕头大学医学院第二附属医院

本授权书宣告： （授权单位全称）（职务）（姓名）合法地代表我公司参与贵方 2023 年 5 月 16 日 2023-ZCB004 号遴选文件的公开报名遴选，并授权（职务）（姓名）在报名活动中，以签字代表的名义签署遴选书和遴选文件，与报名人协商、谈判、签订合同以及一切与此有关的事项。

我公司对被授权人的签名负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人签署的所有文件（授权书有效期内签署的）不因授权的撤销而失效。

授权单位：（盖公章） 被授权人：（盖公章）

授权人（单位法人）：（签字） 被授权人：（签字）

手机号码： 手机号码：

日 期： 2023年 月 日 日 期： 2023年 月 日

被委托人

居民身份证复印件粘贴处

法定代表人（被委托人）

居民身份证复印件粘贴处