附件4:

内蒙古自治区医疗机构医用耗材

阳光采购补充报名企业密码领取函

内蒙古自治区药品器械集中采购服务中心：

 （企业名称）委托我单位 （被委托人姓名） (身份证号）领取内蒙古自治区医疗机构医用耗材阳光采购用户名与密码。因密码泄漏、修改或操作失误造成的后果，我单位承担全部责任。

本委托书于 年 月 日签字生效，特此声明。

附：被委托人身份证复印件（领取时需核对身份证原件）

|  |  |
| --- | --- |
| （身份证复印件正面） | （身份证复印件背面） |

法定代表人（签字）：

 （单位公章）

 被委托人签字：

 联系电话：

日期： 年 月 日