附件6:

**内蒙古自治区医疗机构医用耗材**

**阳光采购企业密码遗失重置函**

致：内蒙古自治区药品器械集中采购服务中心

 （企业名称）原有密码泄露或遗失，特委托我单位 （被授权人姓名） （身份证号）前往贵中心重置密码。由于密码重置而导致密码泄漏，或因修改或操作失误产生的问题，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：被授权人身份证复印件（领取时需核对身份证原件）

被授权人

居民身份证复印件粘贴处

（正反面）

企业法人（负责人）签字：

 （单位公章）

 被授权人签字：

 联系电话：

 日期： 年 月 日