|  |
| --- |
| **绍兴文理学院附属医院医用耗材招标采购(项目编号：SXWLYY\_HC\_2020\_01)** |
| **购买采购文件授权书** | **被授权人身份证件** |
| 供应商（投标人盖章）: 法定代表人：现授权我公司员工：联系电话:参与绍兴文理学院附属医院医用耗材招标采购(项目编号：SXWLYY\_HC\_2020\_01)标书购买事宜，本表所提供信息均真实有效，如提供任何虚假材料，我方愿意承担任一切后果后果。 | 身份证复印件正反面盖章黏贴与此 |
| **标段序号** | **标段名称** | **产品注册证号** | **产品注册证名称** | **规格、型号** | **省平台产品代码** | **生产企业** | **计价单位** |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 注：（1）本表无需报价，只需如实填写所投标段、标段名称、注册证号、产品名称、所投规格型号、省平台产品代码、计价单位。由于不同供应商报价形式不同，本表将作为采购代理机构制作采购文件报价表的参考依据，以统一供应商的报价标准。请投标人如实填写。（2）请不要随意改动本表的任何格式（除了行高），禁止合并单元格，如有较多产品，请自动插入行。 |