|  |
| --- |
| **绍兴文理学院附属医院胃癌筛查和免疫组化试剂及配套服务招标采购****（项目编号：SXWLYY\_SJ\_2020\_06）** |
| **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胃癌筛查和免疫组化试剂及配套服务招标采购（项目编号：SXWLYY\_SJ\_2020\_06）标书购买事宜，本表所提供信息真实有效，如提供任何虚假材料，我方愿意承担一切后果。 | 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** | **单位** |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 注：（1）本表无需报价，供应商根据相应字段如实填写即可。（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。 |