初始密码领取申请

辽宁省公共资源交易中心：

我公司_____（投标企业名称），用户名为_____，现申请领取初始密码，请予办理。

我公司的 _____（法定代表人姓名）代表本公司授权_____（授权代表姓名）为本企业的初始密码领取代理人，全权处理辽宁省医疗机构药品和医用耗材集中采购活动初始密码领取事务，并承诺领取后及时修改初始密码，因密码泄露引起的一切后果由我公司自行承担。

本申请于_____年____月____日签字生效，特此声明。

投标企业名称：_____（加盖公章）

法定代表人：_____（签名或印章）

投标授权代表（被授权人）：_____（签名）

投标授权代表联系电话：_____

法人代表 **居民身份证复印件粘贴处**

投标授权代表 **居民身份证复印件粘贴处**

试用水印