附件1

供应商代表登记备案信息表

备案号：（医院填写）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商代表信息 | 姓 名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 联系电话 |  |
| 身份证号 |  |
| 邮 箱 |  |
| 企业名称 |  |
| 授权产品 |  |
| 授权日期 |  |
| 供应商代表诚信记录 | （医院填写） |

 企业：（公章）

 年 月 日