附件1

福建省医疗保障信息平台招采子系统企业账号申请表

企业名称（盖章）： 日期：

|  |  |
| --- | --- |
| 企业类型 | 🞎生产企业 🞎代理企业 🞎配送企业 |
| 企业名称 |  |
| 企业医保编码 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 被授权人姓名 |  |
| 被授权人身份证号码 |  |
| 被授权人手机 |  |
| 被授权人邮箱 |  |
| 备注 |  |

附件材料：1.营业执照（副本）复印件。

2.被授权人身份证复印件。（如被授权人已变更，上传新被授权人身份证复印件，另附一份企业出具的授权书。）

3.将申请表可编辑文档与盖章扫描件及电子印章采集表发送至邮箱：fjsyczxzhsq@126.com。（发送邮件时，请在“主题”处备注企业全称。）

注：1.已有数字证书且正常使用的企业无需进行办理。

2.账号密码将以邮箱的方式回复。