

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：fjsyczxzhshq@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企业无需进行办理。
2. 账号密码将以邮箱的方式回复。