**密码重置申请**

辽宁省公共资源交易中心：

我公司 （投标企业名称），用户名为 ，因密码遗失，无法登录平台，现申请密码重置，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）为本企业的密码重置代理人，全权处理辽宁省医疗机构药品和医用耗材集中采购活动密码重置事务，并承诺因密码重置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**