**江西省医药采购服务平台重置密码申请书**

江西省医药采购服务中心：

（机构名称） ，因保管不善，（系统） 密码遗失，申请（登录账号） 密码初始化，特委托经办人 ，身份证号 ，联系方式（手机号） ，请贵中心办理相关事宜，并承诺所提供的材料真实、有效、合法。本机构自愿承担因变更密码后发生的经济纠纷和法律责任。

机构名称（鲜章）：

经 办 人 签 字：

日期： 年 月 日

**经办人居民身份证复印件粘贴处**

**（二代身份证反面）**

（加盖单位公章）

**经办人居民身份证复印件粘贴处**

**（二代身份证正面）**

（加盖单位公章）