**法定代表人/单位负责人资格证明文件**

致：四平市中心人民医院

供应商名称（全称并加盖公章）：

营业执照号码：

经济性质：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 身份证号码：

性别： 年龄： 联系电话：

现任我单位 职务，系 （供应商名称）法定

代表人（单位负责人），特此证明。

说明：1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

法定代表人（单位负责人）有效期内的身份证正反面复印件：

法定代表人（单位负责人）

身份证复印件反面

法定代表人（单位负责人）

身份证复印件正面