**法定代表人/单位负责人授权委托书**

致：四平市中心人民医院

兹授权 为我方的合法代理人，就四平市中心人民医院2024年医用耗材管理委员会入围医用耗材遴选项目，以本公司名义处理与之有关的一切事务。

签发日期： 年 月 日，有限期限：至 年 月 日

授权供应商名称（全称并加盖公章）：

营业执照号码： 经济性质：

法定代表人/单位负责人签字（签章或印章）：

身份证号码： 联系电话：

被授权人（签字）：

身份证号码： 联系电话：

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。

3.授权权限：全权代表本公司参与本次遴选项目，负责提供与签署确认一

切文书资料，以及向贵方递交的任何补充承诺。

4.有效期限：须超出遴选项目公告中标注的有效期限，自本单位盖公章之

日起生效。

5.签字代表为法定代表人，则本表不适用。

**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）

身份证复印件正面

法定代表人（单位负责人）

身份证复印件反面

**被授权人有效期内的身份证正反面复印件：**

被授权人身份证复印件正面

被授权人身份证复印件反面