附件2

法定代表人授权委托书

深圳市龙岗区人民医院集团、龙岗区妇幼保健院：

本企业（企业名称） 法定代表人 授权本企业员工 （姓名、身份证号） 为本企业被授权人，代表本企业参加此次深圳市龙岗区人民医院集团医用耗材集中采购工作。本企业认可此被授权人在集团采购期间的一切操作，并对真实性、合法性、有效性负责，所递交的资料和签字文件对本企业具有法律效力。

授权区域：深圳市龙岗区人民医院

深圳市龙岗区第三人民医院

深圳市龙岗区第四人民医院

深圳市龙岗区耳鼻咽喉医院

深圳市龙岗区妇幼保健院

授权期限：本授权书自授权之日起生效。

法定代表人签字：

手机：

被授权人签字：

手机： 出具日期：

邮箱： 企业盖章：

被授权人居民身份证复印件请剪裁后粘贴于虚线内。

（被授权人居民身份证复印件粘贴处）

正面

企业

盖章

（被授权人居民身份证复印件粘贴处）

反面

说明：

1．此授权书仅限授权一人。

2．以上信息必须逐一填写，并与身份证复印件一致，否则无效。