附件2

法定代表人授权委托书

深圳市龙岗区妇幼保健院：

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龙岗区12家公立医院（深圳市龙岗区妇幼保健院、深圳市龙岗区人民医院、深圳市龙岗中心医院、北京中医药大学深圳医院（龙岗）、深圳市龙岗区第二人民医院、深圳市龙岗区第三人民医院、深圳市龙岗区第四人民医院、深圳市龙岗区第五人民医院、深圳市龙岗区第六人民医院、深圳市龙岗区第七人民医院、深圳市龙岗区耳鼻咽喉医院、深圳市龙岗区骨科医院）医用耗材采购工作。本企业认可此被授权人在龙岗区12家公立医院各医院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。