**法定代表人授权委托书**

本授权书声明：

注册于 （公司地址）

（公司名称） （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权（被授权人的姓名、职务）为本公司的合法代理人，以本公司名义负责处理在深圳市龙岗区耳鼻咽喉医院医疗设备采购活动中相关谈判采购事务，授权人签署的所有文件资料，我公司全部接受并无异议。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

被授权人签字（盖章）：

企业公章：

**法人代表**

**居民身份证复印件粘贴处**

（请加盖骑缝章）

**法人代表**

**居民身份证复印件粘贴处**

（请加盖骑缝章）

**被授权人**

**居民身份证复印件粘贴处**

（请加盖骑缝章）

**被授权人**

**居民身份证复印件粘贴处**

（请加盖骑缝章）