2016年珠海市专科医用耗材采购目录产品价格调整

法定代表人授权委托书

本授权书声明： 注册于 （公司地址）的 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_公司（公司名称） （法定代表人姓名）代表本公司授权 （被授权人的姓名）为本公司的合法代理人，负责在2016年珠海市专科医用耗材采购目录产品价格调整事项中**领取登录密码、确认产品相关信息和确认价格**等工作，并以本企业名义处理一切与之有关的事务。

本公司认可，被授权人的签字与本公司公章具有相同的法律效力。

本授权书签章之日起生效，特此声明。

法定代表人签字（盖章）：

代理人（被授权人）签字（盖章）：

代理人（被授权人）手机号码： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

代理人（被授权人）邮箱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**被授权人**

**居民身份证正反面复印件粘贴处**

**（请在骑缝处加盖供应商公章）**