2017年盐城市医疗卫生机构医用耗材和检验检测试剂集中采购配送申请函及

法定代表人授权书

盐城市药品（医用耗材）集中采购工作领导小组办公室：

本企业（企业名称）自愿申请参与2017年盐城市医疗卫生机构医用耗材和检验检测试剂集中采购。由本企业法定代表人授权本企业员工（被授权人姓名） （身份证号）为本企业被授权人，负责2017年盐城市医疗卫生机构医用耗材和检验检测试剂集中采购活动的相关事宜，并以本企业名义处理一切与之有关的事务。本企业认可此被授权人签字的文件对本企业具有法律效力。

本授权书自出具之日起至本次采购工作结束有效。

出具日期： 企业盖章：

法定代表人签字：

固定电话： 移动电话：

被授权人签字：

固定电话： 移动电话：

传真： 电子邮件：

企业注册地址：

企业联系电话：

被授权人居民身份证复印件请按照要求粘贴：

请将居民身份证复印件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

反面

（被授权人居民身份证复印件粘贴处）

反面

注：

1．此授权书仅限授权一人，如需授权多人，需另行出具授权书。

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。