格式1：

**阜新市医疗机构医用耗材阳光采购遴选议价法定代表人**

**授权委托书（厂家授权代表）**

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、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，负责在阜新市医疗机构医用耗材阳光采购遴选议价活动中进行报名、领取报价登录密码、确认申报产品相关信息、参与报价、议价、签订议价确认书及执行和完成合同、售后服务等工作，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。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人签字（盖章）：

代理人（被授权人）签字（盖章）：

**法定代表人（授权人）**

**居民身份证复印件粘贴处**

**被授权人**

**居民身份证复印件粘贴处**

（请在骑缝处加盖报名人公章）

格式2：

**阜新市医疗机构医用耗材阳光采购遴选议价供应商**

**授权委托书（授权供应商）**

本授权书声明： 注册于 （公司地址）的

公司（生产企业名称）授权 （供应商名称）为本公司的合法代理商，负责在阜新市医疗机构医用耗材阳光采购遴选议价活动中进行报名、领取报价登录密码、确认申报产品相关信息、参与报价、议价、签订议价确认书及执行和完成合同、售后服务等工作，并以本企业名义处理一切与之有关的事务。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

生产企业（盖章）：

被授权供应商（盖章）：

格式3：

**阜新市医疗机构医用耗材阳光采购遴选议价法定代表人**

**授权委托书（供应商授权代表）**

本授权书声明： 注册于 （公司地址）的

公司（供应商名称） （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，负责在阜新市医疗机构医用耗材阳光采购遴选议价活动中进行报名、领取报价登录密码、确认申报产品相关信息、参与报价、议价、签订议价确认书及执行和完成合同、售后服务等工作，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。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人签字（盖章）：

代理人（被授权人）签字（盖章）：

**法定代表人（授权人）**

**居民身份证复印件粘贴处**

**被授权人**

**居民身份证复印件粘贴处**

（请在骑缝处加盖供应商公章）

备注说明：

1、本次阳光采购遴选议价工作只接受在 《辽宁省医疗机构医用耗材阳光采购产品库》内的投标企业参与；

2、投标企业自行参加本次议价工作须提供厂家授权代表授权书（格式1），如投标企业自身原因无法直接参与可以授权供应商代为参与，但须提供供应商授权（格式2），被授权供应商代办人须同时携带供应商代表授权（格式3）报名；

3、如电汇报名请标注清楚，否则报名无效。

如不提供相应委托授权书，则不接受报名，望周知。