**附表3**

**法定代表人授权书**

本授权书声明：注册于 （企业地址）的 （企业名称）的在下面签字的 （法定代表人姓名、职务）代表本企业授权 （企业名称）的在下面签字的 （被授权人的姓名、职务）为企业的合法代理人，就秦皇岛市2014年度医疗机构医用耗材及检验试剂集中采购项目（XFQHD-2014），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。

授权企业名称（盖章）：

授权法定代表人签字：

代理人（被授权人）签字：

 **附表3**

**代理人（被授权人）的情况说明**

姓 名：

代理人（被授权人）名片

粘贴处

联系电话：

传 真：

手 机：

E-MAIL：

代理人（被授权人）身份证复印件

粘贴处

为制作《医疗机构采购手册》需要，请留下业务部门联系方式。

 业务联系人：

 业务联系电话：

 业务传真：

业务手机：

授权企业名称：

（盖章）