**附表2**

**2016年金坛区医疗卫生机构医用耗材及检验试剂**

**集中采购供应商法定代表人授权书**

本企业（企业名称） 自愿申请参与2016年金坛区医疗卫生机构医用耗材集中招标采购。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2016年金坛区医疗卫生机构医用耗材及检验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。包含文件递交、账号及密码领取、产品信息确认、网上报价、解密及价格谈判等工作。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。

本授权书有效期限为 年 月 日至本次集中采购工作结束。 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：

电子邮件：

企业注册地址：

企业联系电话

出具日期：

**请将居民身份证复印件剪裁后粘贴于虚线内，并加盖供应商公章。**

被授权人身份证复印件正面

被授权人身份证复印件反面

注意：以上信息必须逐一填写，并与身份证复印件一致，否则无效。