附件2

法定代表人授权委托书

南京、泰州、淮安地区联盟医用耗材集中采购工作组办公室：

本企业（企业名称） 法定代表人 授权本企业员工 （姓名、身份证号） 为本企业被授权人，代表本企业参加本次地区联盟四类医用耗材集中带量采购工作。本企业认可此被授权人在地区联盟采购期间的一切操作，并对真实性、合法性、有效性负责，所递交的资料和签字文件对本企业具有法律效力。

授权期限：本授权书自授权之日起生效。

法定代表人签字：

手机：

被授权人签字：

手机： 出具日期：

邮箱： 企业盖章：

被授权人居民身份证复印件请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

（被授权人居民身份证复印件粘贴处）

反面

说明：

1．此授权书仅限授权一人。

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。