**法定代表人授权书**

山东省药品集中采购服务中心：

本授权书声明： (企业名称)的 (法定代表人姓名)代表本企业授权 (被授权人姓名)为本企业的合法代理人，负责山东省高值医用耗材集中采购活动中用户名及密码领取、材料申报、产品信息确认、报价（解密、议价）、投（申）诉材料递交、有关合同签订和履行情况监督等事宜，并以本企业名义处理一切与之有关的事务。

我企业认可被授权人签字的文件对我公司具有法律效力。

本授权书在本次集中采购活动的全过程中有效。

企 业 (盖 章)：

法定代表人（盖章）：

法定代表人手机：

被授权人签字：

被授权人手机：

出 具 日 期： 年 月 日

**请将居民身份证复印件剪裁后粘贴于身份证复印件粘贴处，并加盖企业公章**。

被授权人居民身份证

正面复印件粘贴处

法定代表人居民身份证

正面复印件粘贴处