**法定代表人授权书**

致玉溪市医疗保障局：

本授权书声明：注册于（企业地址）的（企业名称）的 （法定代表人的姓名、职务）代表本企业授权（被授权人的姓名、职务、身份证号）为本企业办理2020年玉溪市公立医院药品动态挂网采购工作唯一代理人，全权以我单位的名义，负责领取网络用户名及密码、编制、提交、澄清资质证明文件、确认药品采购相关信息、报价、签订相关协议，执行、完成和售后服务等工作，并以本企业名义处理一切与之有关的事务。密码由我单位自行设定，并承担保密责任。

我单位保证，该代理人所提交的所有证明文件，均由我单位提供，并为合法取得，处理相关事务的一切行为，均代表了我单位，并由我单位承担责任。

本授权书于 年 月 日签字生效，有效期至 年 月 日结束。特此声明。

授权法定代表人签章 联系电话

代理人（被授权人）签章 联系电话

**授权企业盖章**

授权企业联系电话

法人授权委托书出具时间： 年 月 日

授权法定代表人居民身份证复印件（骑缝处加盖企业公章）：

代理人（被授权人）居民身份证复印件：

|  |  |
| --- | --- |
| 授权法定代表人居民身份证复印件粘贴处（正面） | 授权法定代表人居民身份证复印件粘贴处（背面） |
| 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（背面） |