**附件2**

法定代表人授权书

盟市药采管理部门：

本授权书声明：注册于 （企业地址）的 （企业名称） （法定代表人的姓名）代表本企业授权我单位 （被授权人的姓名、身份证号）为企业的唯一合法代理人，参与 (项目名称)，以本企业名义处理一切与之有关的事务。

并承诺：

被授权人参与(**内蒙古自治区公立医疗机构医用耗材配送企业备案（第二批）**)的所有行为均代表我企业，被授权人造成的一切后果，均由我企业承担。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人签字（盖章）： 联系电话：

被授权人签字（盖章）： 联系电话:

被授权人

居民身份证

正面

复印件粘贴处

法人

居民身份证

正面

复印件粘贴

被授权人

居民身份证

背面

复印件粘贴处

法人

居民身份证

背面

复印件粘贴

注：身份证粘贴处要加盖企业公章