江西省医疗机构医用耗材集中采购

法定代表人授权书

致：江西省医药采购服务中心：

本授权书声明：位于 （公司地址）的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_（公司名称）的 （法定代表人姓名）代表本公司授权 （被授权人姓名）为本公司的唯一合法代理人，以本公司名义全权处理本公司挂网产品办理 的有关事务。并保证其所提供的资质证明材料真实、合法、完整。本授权书于 年 月 日签字生效，授权期限为： 年 月 日起至本轮医用耗材集中采购周期结束。授权期限内无特殊情况不得变更合法代理人（被授权人）。

**法定代表人签字和盖章：**

**生产企业名称（加盖公章）：**

**被授权人签字或盖章：** 联系电话

**代理人（被授权人）**

**居民身份证复印件粘贴处**

（加盖单位公章）