法定代表人授权书

黑龙江省医疗保障局：

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，全权处理黑龙江省医疗机构药品集中采购中包括递交生产企业和产品资质材料，确认相关信息，产品报价，签订药品购销合同，执行和完成采购周期内的售后服务等一切与之有关的事务，并保证所提供的资质证明材料真实、合法、完整，本公司自愿承担因密码泄漏、操作失误等所造成的全部责任。

本授权书于 年 月 日签字生效，授权期限内无特殊情况不得变更合法代理人（被授权人），特此声明。

法定代表人签字和盖章及联系电话

授权单位名称和盖章联系电话

被授权人签字或盖章及联系电话

**企业法定代表人**

**居民身份证复印件粘贴处**

（加盖单位公章）

**代理人（被授权人）**

**居民身份证复印件粘贴处**

（加盖单位公章）