**附表1-1**

**法定代表人授权委托书**

本授权委托书声明：注册于（企业地址）的（企业名称）的在下面签字的（法定代表人姓名、职务）代表本企业授权在下面签字的（被授权人的姓名、职务）为企业的合法代理人，就吉安市市本级三级公立医疗机构医用耗材及试剂联合招采项目（XFJA-HCCG-2020），以本企业名义处理一切与之有关的事务。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

授权企业名称（盖章）：

授权法定代表人签字：

被授权人签字：

**附表1-2**

**被授权人的情况说明**

姓 名：

联系电话：

传 真：

手 机：

电子邮箱：

被授权人身份证复印件（反面）

粘贴处

被授权人身份证复印件（正面）

粘贴处

授权企业名称（盖章）：

注：身份证骑缝粘贴处须加盖单位公章。