附件2

**法定代表人授权书**

致：德保县人民医院

兹我司授权 （身份证号码： ）同志为我公司参加贵院组织的医用耗材（含试剂）供应商遴选项目的代理人，全权代表我公司处理在该项目中的一切事宜。

代理期限从 年 月 日起至 年 月 日止。

 授权单位(盖章):

 法定代表人(签字):

 签发日期： 年 月 日

附：法定代表人和代理人身份证复印件