**法定代表人授权书**

# 恩施州中心医院：

 ( 供应商全称)法定代表人 身份证号为 授权代表人 身份证号为： 为全权代表，参加院方组织的 “ 编号 项目名称 ”采购项目竞价活动，全权处理竞价活动中的一切事宜。

供应商名称 ：（盖章）

法定代表人签字：

授权代表人签字：

 日期： 年 月 日

附：法定代表人身份证复印件（正面）

附：法定代表人身份证复印件（反面）

附：授权代表身份证复印件（反面）

附：授权代表身份证复印件（正面）