附件2

新疆生产建设兵团药品集中采购法定代表人授权书

兵团医药价格和招标采购中心：

本授权书声明：注册于 （企业地址）的 （企业名称） （法定代表人的姓名）代表本企业授权我单位 （被授权人的姓名、身份证号）为企业的唯一合法代理人，参与第五批国家组织药品集中采购兵团中选品种残缺规格供应采购相关工作，以本企业名义处理一切与之有关的事务。

并承诺：

被授权人参与此次项目的所有行为均代表我企业，被授权人造成的一切后果，均由我企业承担。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人签字（盖章）： 联系电话：

被授权人签字（盖章）： 联系电话:

 被授权人

居民身份证

正面

复印件粘贴处

法人

居民身份证

正面

复印件粘贴

 被授权人

居民身份证

背面

复印件粘贴处

法人

居民身份证

背面

复印件粘贴

注：身份证粘贴处要加盖企业公章