**绍兴市人民医院中医康复相关耗材（项目编号：201905D01）议价采购法定代表人授权书**

致：绍兴市人民医院

我 （姓名）系 （议价单位名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工 （姓名）以我方的名义参加绍兴市人民医院中医康复相关耗材（项目编号：201905D01）议价采购活动，并代表我方全权办理针对上述项目的议价、签约等具体事务和签署相关文件。我方对被授权人的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

被授权人无转委托权，特此委托。

法定代表人签名：

被授权人签名：联系方式：

被授权人身份证号码：

议价单位公章： 签署时间： 年 月 日

被授权人身份证正反面