

附件 1

授权书

龙岩市医疗保障局：

本公司申请参加龙岩市可吸收缝线集中议价采购工作，遵守龙岩市可吸收缝线集中议价相关现定，所提交材料的信息真实有效，如有虚假，愿承担相应法律责任。

本公司委托授权员工：

身份证号：

联系电话：

作为本公司授权代表，以本公司名义全权处理包括企业报名、材料申报、报价、申投诉处理等一切有关事务。本企业认可，被授权人的签字与本企业公章具有相同的法律效力。

法定代表人(签字或盖章)：

法定代表人身份证号：

法定代表人联系电话：

企业名称(盖章)：

日期：

代理人（被授权人）居民身份证复印件
(居民身份证复印件骑缝处加盖企业公章)

代理人（被授权人）
居民身份证复印件黏贴处