**法定代表人授权书**

本授权书声明：注册于 （地址）的 （公司）的 （法定代表人姓名、职务）授权 （被 授权人的姓名、职务）为公司的合法代理人（需提供居民身份证复印件）,就“关于黑龙江省药品和医用耗材数据迁移验的通知”，以本公司名义处理上传申报材料等一切与之相关的事务。本公司与被授权人共同承诺本次申报的真实性、合法性、有效性。

本授权书于 年 月 日密字生效,有效期至本次药品集中釆购工作截止日止。

特此声明

授权企业法定代表人签字或盖章：

被授权人签字或盖章：

被授权人联系方式（手机）：

单位名称:

地址:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人代表 |  | 被授权人 |
| 居民身份证复印件粘贴处 |  | 居民身份证复印件粘贴处 |

日期： 年 月 日