附件1

**法定代表人授权委托书**

致：厦门大学附属心血管病医院

本授权书声明：注册于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （企业地址）的 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（企业名称）的法定代表人\_\_\_\_\_\_\_（职务）\_\_\_\_\_\_\_\_（姓名）在此代表本企业授权在下文中签字的被授权人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（姓名），身份证号为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，（身份证复印件另附）为本企业所有申报产品的唯一合法代理人，就厦门大学附属心血管病医院检验试剂采购以本企业名义处理一切与之相关的事务。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。

本授权书于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日签字生效，有效期至本次检验试剂采购履约期届满。若采购履约周期延期，本授权书的有效期相应顺延到新的采购履约周期届满。特此声明。

授权企业盖章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

授权法定代表人签字盖章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

代理人（被授权人）签字盖章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**代理人（被授权人）**

**居民身份证（正面）复印件**

**粘贴处**

**代理人（被授权人）**

**居民身份证（反面）复印件**

**粘贴处**