附件2

**法定代表人授权书**

四平市第一人民医院：

（投标人全称）法定代表人 （法定代表人姓名），身份证号： 授权 （全权代表姓名），身份证号： 为全权代表，参加贵单位组织的（ 项目名称）的单一来源采购活动，全权代表我方处理单一来源采购活动中的一切事宜。

法定代表人(签字或盖章)：

投标人全称（公章）：

日 期：

法定代表人身份证复印件或扫描件（正反面）：

授权代表身份证复印件或扫描件（正反面）：