## 附件3：

## 法定代表人授权书

致**：新余市人民医院**

 **（投标人全称）法定代表人 授权 （全权代表姓名）为全权代表,参加贵处组织的紧急采购医疗急救设备项目招标活动，全权代表我方处理招标活动中的一切事宜。**

 **法定代表人签字或签章：**

**投标人签章：**

**日 期：**

**附：**

**法定代表人(全权代表)姓名：**

**职 务：**

**电 话：**

**详细通讯地址：**

**邮 政 编 码 ：**

**附：全权代表身份证扫描件（正、反面）**

**说明：法定代表人参加采购，不用提供授权书,提供身份证扫描件（正、反面）**