

附件 3

法 人 授 权 书

江苏省医疗保障局：

本授权书声明：注册于_____（公司地址）的_____（公司名称）的_____（法定代表人姓名、职务）代表本公司委托_____（被委托人的姓名、职务）为公司的合法代理人，代表本公司办理第五批国家组织药品集中采购江苏中选品种残缺规格供应的相关事宜。在此承诺对与之产生的一切后果负责。

本授权书于_____年_____月_____日生效，特此声明。

授 权 人（法定代表人）签字：_____。

被授权人（代理人）签字：_____。

企业名称（盖章）：

签署日期：_____年__月__日； 联系电话：_____。

法定代表人

居民身份证复印件粘贴处

被授权人

居民身份证复印件粘贴处