**丽水市2021年“浙丽保”药品谈判**

**企业法定代表人授权书**

丽水市全民健康补充医疗保险（浙丽保）联合体**：**

注册于 (公司地址)的 公司(公司名称)的在下面签字的 (法定代表人姓名、职务)代表本公司授权 (被授权人所在单位)的在下面签字的 (被授权人姓名)为公司的合法代理人，负责本次“**丽水市2021年“浙丽保”药品谈判工作”**，工作中提交的相关资质证明、确认报价相关信息、参与价格谈判、签订购销合同及执行和完成合同、售后服务等工作，并以本企业名义处理一切与之有关的事务。执行期内如遇被授权人信息变更须向丽水市全民健康补充医疗保险（浙丽保）联合体提交新的授权资料。本授权人应确保通常条件下可被及时联络，否则因此带来的有关损失自行承担。

本授权书授权期限为 年 月 日至本次工作结束。

企业名称（盖章）

授权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

被授权人地址

附：被授权人身份证复印件（需盖授权企业公章）

被授权人居民身份证复印件（加盖授权企业公章）

被授权人居民身份证复印件粘贴处

（反面）

被授权人居民身份证复印件粘贴处

（正面）

注：1.被授权人居民身份证复印件必须与居民身份证原件一致；

2.整个过程只有此被授权人能够进行签字确认、参与谈判、议价、签订合同等事宜；

3.同一被授权人不得担任2家及以上供应商的被授权人。