**附件1**

**医疗机构法定代表人授权书**

包头市医药采购服务中心:

本授权书声明：注册于 (医疗机构地址)的 (医疗机构名称) (法定代表人的姓名) 代表本机构授权我单位 (被授权人的姓名)为医疗卫生机构的合法代理人，递交医用耗材备案采购资料，参与包头市医疗机构医用耗材备案采购活动。

并承诺被授权人参与包头市医疗机构医用耗材备案采购活动的所有行为均代表我机构，被授权人造成的一切后果，均由我机构承担

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人签字（盖章）： 联系电话：

被授权人签字（盖章）： 联系电话:

被授权人

居民身份证

正面

复印件粘贴处

法人

居民身份证

正面

复印件粘贴

被授权人

居民身份证

背面

复印件粘贴处

法人

居民身份证

背面

复印件粘贴

注：身份证粘贴处要加盖单位公章