法定代表人授权委托书

中山大学附属肿瘤医院：

 兹委托我单位 身份证号： 电话号码：

 与贵司联系并负责实验家具采购项目的相关业务事宜。

 授权时间： 年 月 日至 年 月 日

附件：被授权人身份证正反面复印件

 授权单位（公章）：

 法定代表人（签名或盖私章）：

 授权日期：