**法定代表人授权委托书**

致：中山大学附属肿瘤医院

（公司全称）法定代表人（法人姓名）代表本公司授权（代理人（被授权人）姓名）为本公司合法代理人，负责我公司（产品品牌及产品名称）在中山大学附属肿瘤医院的销售和售后服务等工作，并以本企业名义处理202401-曲霉菌属、新型隐球菌及耶氏肺孢子菌核酸检测试剂盒项目一切与之有关的事务。

本公司认可，被授权人的签字与本公司公章具有相同的法律效力。

授权期限： 年 月 日至 年 月 日

代理人（被授权人）签字（盖章）：

代理人（被授权人）工作手机：

代理人（被授权人）工作邮箱：

纸质工作文件快递收件地址：

供应商名称（请加盖公章）：（公司全称）

法定代表人（签字或盖章）：（法人姓名）

日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 法人身份证（人像面） | 法人身份证（国徽面） |
| 代理人（被授权人）身份证（人像面） | 代理人（被授权人）身份证（国徽面） |