**1.法定代表人/负责人资格证明书**

致：中山大学附属肿瘤医院

 现任我单位 职务，为法定代表人，特此证明。

有效期限：

附：代表人性别： 年龄： 身份证号码：

统一社会信用代码：

企业类型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

经营范围： 。

应选人（公章）：

地 址：

**法定代表人（签字或盖章）：**

职 务：

**附：法定代表人身份证复印件**

**法定代表人身份证正反面复印件**

**2.法定代表人/负责人授权委托书**

致：中山大学附属肿瘤医院

本授权书声明： 是注册于 *（国家或地区）* 的 *（应选人名称）* 的法定代表人，现任 职务，有效证件号码： 。现授权 *（姓名、职务）* 作为我公司的全权代理人，就 中山大学附属肿瘤医院陪人床代管 项目 [项目编号为 XM2401509 ]的应选和合同执行，以我方的名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

应选人（公章）：

地 址：

**法定代表人（签字或盖章）：**

职 务：

**被授权人（签字或盖章）：**

职 务：

**附：被授权人身份证复印件**

**被授权人身份证正反面复印件**