**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202510-检验科-胃功能相关项目试剂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） |