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：

 与贵司联系并负责越秀院区中心办公室零星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：