附件二：

**法定代表人授权委托书**

富顺县人民医院：

（报名公司名称）法定代表人 授权我公司 （职务或职称） （姓名）为我单位本次报名授权代理人，全权处理此次手术体位垫及负极板回路垫 项目市场调研和询价活动的一切事宜。

特此授权。

（附法人及授权代理人身份证复印件）

单位名称（公章）：

法定代表人签字：

授权代理人签字：