附件3

**法定代表人授权委托书**

自贡市沿滩区人民医院：

（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（医院名称）供应商遴选活动的一切事宜。

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：

年 月 日