附表3

**法定代表人授权书原件及身份证复印件（双面）**

厦门市湖里区妇幼保健院：

（公司名称） 法定代表人 （法人姓名） 代表本公司授权 （代理人姓名） （身份证号码 XXXXXXX ）为本公司的参会代表人，代表我方参加厦门市湖里区妇幼保健院 （项目名称） 项目的采购会或推介会，全权代表我方处理此过程中的一切事宜，包括但不限于：投标、参加开标、谈判、澄清、签约等。授权代表人在此过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我方均认可并对此承担责任。

有效授权时间: 年 月 日至 年 月 日

法定代表人： （签字） 性别： 身份证号：

授权代表人： （签字） 性别： 身份证号：

公司名称（全称并加盖公章）：

详细通讯地址：

邮政编码： 公司联系电话：

法定代表人和授权代表人身份证正反面复印件（复印件必须加盖企业公章）

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件（正面） | 法定代表人身份证复印件（反面） |
| 授权代表人身份证复印件（正面） | 授权代表人身份证复印件（反面） |