**附件2**

**法定代表人授权书**

皖南医学院第二附属医院：

  （供应商全称）法定代表人       授权  （全权代表姓名）为全权代表，参加贵医院组织的编号 的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 项目的竞价谈判采购活动，其在报价中的一切活动本公司均予承认。

代理人无转委托权，特此委托。

法人代表签字：

供应商全称（公章）：

日 期：

授权代表签字：

职 务：

详细通讯地址：

邮 政 编 码：

传 真：

电 话：

**注：投标人如因没有认真填写此表所造成的投标被拒绝其结果由投标人负责。**