

附件 3

法 人 授 权 书

江苏省医疗保障局：

本授权书声明：注册于_____（公司地址）的_____（公司名称）的_____（法定代表人姓名、职务）代表本公司委托_____（被委托人的姓名、职务）为公司的合法代理人，代表本公司办理国家组织药品集中采购药品续约供应的相关事宜。在此承诺对与之产生的一切后果负责。

本授权书于_____年_____月_____日生效，特此声明。

授 权 人（法定代表人）签字：_____。

被授权人（代理人）签字：_____。

企业名称（盖章）：

签署日期：_____年__月__日； 联系电话：_____。

法定代表人

居民身份证复印件粘贴处

被授权人

居民身份证复印件粘贴处