附件4

法定代表人授权委托书

深圳市龙岗区第六人民医院：

本企业（企业名称）法定代表人（姓名、身份证号） 授权本企业员工（姓名、身份证号） 为本企业被授权人，代表本企业参加此次（采购编号：SZLGDLRMYY-HC-2025017）医用耗材公开采购工作。本企业认可此被授权人在深圳市龙岗区第六人民医院公开采购期间的一切操作，并对真实性、合法性、有效性负责，所递交的资料和签字文件对本企业具有法律效力。

授权期限：本授权书自授权之日起生效。

法定代表人签字：

手机：

被授权人签字：

手机： 出具日期：

邮箱： 企业盖章：

附法定代表人身份证扫描件

居民身份证扫描件粘贴处

（人像面）

居民身份证扫描件粘贴处

（国徽面）

附被授权人身份证扫描件

居民身份证扫描件粘贴处

（人像面）

居民身份证扫描件粘贴处

（国徽面）

说明：

1．此授权书仅限授权一人。

2．以上信息必须逐一填写，并与身份证复印件一致，否则无效。