授 权 书

安徽省医药联合采购办公室：

本公司申请参加安徽省药品集中带量采购工作，遵守联合采购办公室关于药品集中带量采购的相关规定，所提交材料的信息真实有效，如有虚假，愿承担相应的法律责任。

本公司委托授权员工 (身份证号:

联系电话: )作为本公司授权代表，负责本次药品集中带量采购相关具体联系工作。

本授权书需签署两份，一份供联采办存档，一份供开评标现场核验。

法定代表人(签字或盖章)：

法定代表人身份证号：

法人代表联系电话：

企业名称（盖 章）：

日 期：

代理人（被授权人）居民身份证复印件

（居民身份证复印件骑缝处加盖企业公章）

|  |
| --- |
| 代理人（被授权人）居民身份证复印件粘贴处 |