授权委托书

致衢州市人民医院：

 供应商全称 法定代表人 授权 授权代表人姓名 性别 职务 电话 为全权代表，全权处理贵方在 项目中的一切事宜。

我公司 （供应商全称） 承诺在上述项目中所提交的材料均真实、合法并对材料实质内容的真实性负责，接受对其中任何材料进行进一步审查的要求。提交的材料如有不实之处，引起的一切后果均由我公司承担。

法定代表人签字或盖章：

供应商全称（公章）

　日期： 年 月 日

**授权代表身份证照片：**