附件：3

法 人 授 权 书

海南省医疗保障局：

 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 ；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**