附表3：

**2021年绍兴文理学院附属医院中药配方颗粒剂项目**

**法定代表人身份证明书（格式）**

单位名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （投标人单位名称）的法定代表人。

特此证明。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人信息 | 姓名（签字）： |
| 固定电话： |
| 移动电话： |
| （法人身份证明复印件粘贴处） |

投标人（盖章）：

日期： 年 月 日

附表4：

**2021年绍兴文理学院附属医院中药配方颗粒剂项目**

**法定代表人授权书**

本授权委托书声明：我 （姓名）系 （投标人名称）的法定代表人，现授权委托 （姓名）为我公司代理人，以本公司名义参加 （招标人）组织的绍兴文理学院附属医院中药配方颗粒剂项目的投标活动。代理人在开标、评标、合同谈判过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事物，我均予承认，我方对被授权人的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

代理人无转委权。特此委托。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定代表、委托代理人信息 | 姓名（签字）： |
| 固定电话： |
| 移动电话： |
| （指定代表或委托代理人、具体经办人身份证明复印件粘贴处） |

法定代表人（签字或盖章）：

投标人（盖章）：

授托日期： 年 月 日