附表4

**绍兴市人民医院脑卒中高危人群筛查与干预项目快速检测随诊包及配套服务招标采购法定代表人授权书**

致：绍兴市人民医院

我 （姓名）系 （投标人名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工 （姓名）以我方的名义参加绍兴市人民医院脑卒中高危人群筛查与干预项目快速检测随诊包及配套服务招标采购（项目编号：SXSRMYY\_SJ\_2018\_07）的投标活动，并代表我方全权办理针对上述项目的购买采购文件、投标、开标、评标、签约等具体事务和签署相关文件。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。

被授权人无转委托权，特此委托。

法定代表人签名：

被授权人签名： 联系方式：

被授权人身份证号码：

投标人公章： 签署时间： 年 月 日

被授权人身份证正反面