**法定代表人授权书（见格式）**

致：南昌大学附属口腔医院

 （供应商全称）法定代表人授权（全权代表姓名）为全权代表，参加贵处组织的（项目编号）项目采购活动，全权代表我方处理采购活动中的一切事宜。

 法定代表人签字或签章：

 供应商签章：

 日 期：

附：

全权代表姓名：

职 务：

电 话：

详细通讯地址：

邮 政 编 码 ：

**附：全权代表身份证复印件（正、反面）**

**说明：法定代表人参加采购，不用提供委托（授权）书，提供法定代表人证明书（见格式）。**

**法定代表人证明书**

致：南昌大学附属口腔医院

兹证明我公司（姓名：性别：年龄：职务：）系 （供应商全称）的法定代表人，参加贵单位组织的（项目编号）项目采购活动，处理采购活动有关的一切事宜。

# 单位名称：

地 址：

# 成立时间：

# 特此证明

**附：法定代表人身份证复印件（正、反面）**

#  投标单位（盖章）：

时间：