附件2

**法定代表人授权书**

广元市第一人民医院：

本授权声明：                    （投标人名称）           （法定代表人姓名、身份证号）授权                        （被授权人姓名、身份证号）为我方 参加“广元市第一人民医院医疗设备核磁共振系统报废处置”活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明

法定代表人签字或盖章：

授权代表签字或盖章：

投标人名称 （盖章）

日期：