**附件3：**

**法定代表人授权书**

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）代表本公司授权 （被授权人姓名、身份证号码）为本公司的唯一合法代理人，在广东省中医院智慧药房业务合作企业遴选工作中进行报名。并在整个项目中，以本公司名义全权处理包括报名、提交资料、确认相关信息、签订相应合同等一切与之有关的事务，并保证所提供的资质证明材料真实、合法、完整。

授权期限为： 年 月 日起至本次遴选工作结束。授权期限内无特殊情况不得变更合法代理人（被授权人）。

授权单位名称（盖章）

法定代表人（签名或签章）： 联系电话：

被授权人（签名或签章）： 联系电话：

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

代理人（被授权人）

二代居民身份证原件正面清晰扫描件

（必须加盖公章）