附件2：

**授权委托书**

马边彝族自治县人民医院：

本人系 （供应商全称） 法定代表人（负责人），授权 （被授权人姓名）为我方参与马边彝族自治县人民医院加速康复外科标牌标识采购项目的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关比选、合同签订以及合同执行等一切事宜。

特此授权。

附：授权人与被授权人的身份证复印件（加盖公章）。

供应商全称： （盖章）

法定代表人（负责人）： （签字）

被授权人： （签字）

日期： 年 月 日