单位负责人授权书（若有）

致：厦门市仙岳医院

（参与比选单位全称）法定代表人 （法定代表人姓名应与营业执照登记一致）授权（参与比选代表姓名）代表我单位参加“厦门市仙岳医院2024-2026年度招标采购代理机构比选”活动，全权代表本单位处理比选过程的全部事宜，包括但不限于：提交比选资料，谈判、澄清、签订入围协议等。该代表在比选活动中所签署的一切文件及处理的一切事务，本单位均予认可并承担全部责任。授权代表无权转授权。

特此授权。本授权书自出具之日起生效。

参与比选单位授权代表姓名： 性别： 职务：

身份证号： 手机号码：

**授权方**

参与比选单位全称（加盖公章）：

法定代表人签字或盖章：

**接受授权方**

授权代表签字：

 签署日期： 年 月 日

附：授权代表身份证正反面复印件（必须提供清晰有效的身份证复印件并加盖参与比选单位公章）。

\*若参与者代表为单位负责人，应提交其身份证正反面复印件并加盖公章，可不提供本授权书。