附件1：

法定代表人授权书

致：广州医科大学附属中医医院

本授权书声明：\_\_\_\_\_\_\_\_是注册于（国家或地区）的（报价人名称）的法定代表人，现任\_\_\_\_\_\_\_\_职务，有效证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。现授权（姓名、职务）作为我公司的全权代理人，就“广州医科大学附属中医医院处理废旧医疗器械（2025年第四次）院内比价”的报价和合同执行，以我方的名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书于\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_\_日签字生效，特此声明。

报价人（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

被授权人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

被授权人身份证件正反面：