#### 法定代表人/负责人资格证明书及授权委托书

**（1）法定代表人/负责人资格证明书**

（响应供应商可使用下述格式，也可使用广东省工商行政管理局统一印制的法定代表人证明书格式）

**法定代表人证明书**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_现任我单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_职务，为法定代表人，特此证明。

有效期限：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

附：代表人性别：\_\_\_\_\_\_\_年龄：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

注册号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_企业类型：

经营范围：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

响应供应商法定代表人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

日期： 年 月 日

**(为避免响应无效，请供应商务必提供本附件)**

法定代表人身份证复印件反面

法定代表人身份证复印件正面

**（2）法定代表人授权书**

致：惠州市第一妇幼保健院

本授权书声明：\_\_\_\_\_\_\_\_是注册于（国家或地区）的（响应供应商名称）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“ ”项目采购[项目编号: ]的响应和合同执行，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。

响应供应商名称（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

响应供应商法定代表人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

日期： 年 月 日

代理人身份证复印件正面

代理人身份证复印件反面

代理人身份证复印件