附件二

法定代表人授权委托书

忻城县人民医院：

（单位名称）法定代表人授权我单位 （职务或职称） （姓名）为我单位本次授权代理人，全权处理此次 忻城县人民医院消防设施维保服务采购项目 招标活动的一切事宜。

特此授权

单位名称（公章）：

法定代表人（签字或盖章）：

法人授权代表（签字）：