附件1、

**法定代表人授权委托书**

**致：（ 南方医院赣州医院（赣州市人民医院））**

本授权书声明：注册于 （公司地址）的 （公司名称）法定代表人 （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权在下面签字的 （被授权代理人姓名、职务）为本公司的合法代理人，就贵方组织的医用超声胶片及自助打印服务项目，以本公司名义处理一切与之有关的事务。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人（签字）：

被授权代理人（签字）：

公司（公章）：

附件2、

**公司承诺声明**

致：（南方医院赣州医院（赣州市人民医院））

为响应你方（医用超声胶片及自助打印服务项目**）**邀请，下述签字人愿参与报名，提交下述文件并声明全部信息是真实的和正确的。

1、我方按要求提供的相关资料；

2、我方填报的医用耗材产品信息。

公司代表签字或签章:

公司签章:

日期: