附件3

**代表人授权委托书**

赣州市妇幼保健院：

兹有 同志授权 同志为我公司在 赣州市妇幼保健院的遴选代理人，以本公司的名义处理一切与之有关的事务。

授权单位名称（公章）：

法定代表人（签字或盖章）：

签发日期： 年 月 日。

|  |
| --- |
| 法定代表人及被授权人身份证（复印件正反面） |
| 法定代表人身份证正面 | 法定代表人身份证反面 |
| 被授权人身份证反面 | 被授权人身份证反面 |