

附件 2:

## 授权委托书

广西壮族自治区医疗保障局：

我\_\_\_\_\_（姓名）\_\_\_\_\_，身份证号码：\_\_\_\_\_系  
（公司全称）\_\_\_\_\_的法定代表人，现授权委托本单位在职职工  
（姓名）\_\_\_\_\_以我单位的名义参加\_\_\_\_\_的活  
动事项，并代表我单位全权办理本项目的具体事务。

我方对被授权人的签字事项负全部责任。

授权委托期限：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。被授  
权人在授权书有效期内签署的所有文件均有效代表我单位。

被授权人无转委托权，特此委托。

附：法定代表人身份证明及被授权人有效身份证正反面复印件

被授权人签字：\_\_\_\_\_ 法定代表人签字：\_\_\_\_\_

所在部门职务：\_\_\_\_\_ 职务：\_\_\_\_\_

公司全称并加盖公章：

年 月 日