附件2

法人授权委托书

湖南省医疗保障局：

本授权书声明：注册于**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**（企业地址）的**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**（企业名称）的**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** （法人代表姓名）代表本企业委托**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**（被委托人姓名）为合法代理人，代表本企业办理**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**事宜并承诺对产生的一切后果负责。

本授权书于\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日生效，特此声明。

授 权 人（法人代表）签字**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

被授权人（代 理 人）签字\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话（代 理 人）手机**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**固定电话**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

企业名称（盖章）**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

签署日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**被授权人**

**居民身份证复印件粘贴处**

**（身份证正面）**

**法人代表**

**居民身份证复印件粘贴处**

**（身份证正面）**