**授权委托书**

兹授权： ，身份证号： 代表我公司办理重庆市第九人民医院医疗设备报废处置相关事宜。

授权期限：即日起至该项目结束。

公司名称（盖章）：

法定代表人（签字或盖章）：

委托代理人（签字或盖章）：

法定代表人身份证复印件：

委托代理人身份证复印件：