**二、法定代表人授权书**

成都市妇女儿童中心医院：

兹委托姓名 ，身份证号 ，为我企业的合法代表，负责本企业此次在贵院新药申报工作。本企业没有安排其他人员负责本次新药申报。本次申报品种满足四川省“两票制”有关规定；申报品种配送商为 ,若有不实，被取消申报资格，本企业愿意承担由此导致的一切后果。

申报工作授权有效期： 年 月 日 至 年 月 日。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品名称 |  | 规格 |  | 剂型 |  |
| 生产厂家 |  | | | | |

|  |
| --- |
| 授权代表身份证正、反面复印件（加盖公章） |

|  |  |
| --- | --- |
| **法定代表人签字：**  **授权代表签字：**  **联系电话：** | **企业（公章）** |