附件2：

**企业法人授权委托书**

致：汕头大学医学院附属肿瘤医院

本授权委托书声明：姓名 是 公司名称 职务 ，作为公司正式员工，合法地代表我公司参加贵方 项目名称 的有关活动并处理与此有关的一切事务。

我公司对被授权人的签名负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人签署的所有文件（授权书有效期内签署的）不因授权的撤销而失效。

授权单位：（盖公章） 法定代表人： 姓 名

授权代表身份证：

授权代表人（签字）：

联系电话：

日期： 年 月 日

被授权人

居民身份证复印件

正面粘贴处

被授权人

居民身份证复印件

反面粘贴处