附件6

**委托人授权书**

彭州市人民医院：

兹授权     ，身份证号：           （身份证复印件附后）为我方委托代理人，委托其在贵院负责本次比选采购的申报、配送及相关事宜。我公司对被委托人签名文件、协议、合同等负全部责任。

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

药品配送企业（盖章）：

法定代表人 ：

被委托人签名：

有效期：

签署日期：\_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日