附件4：

法定代表人授权委托书

：

本授权委托书声明：我（姓名）系（代理机构名称）的法定代表人，现授权委托（姓名）为我公司代理人，以公司名义参加“云南省2023年至2025年省本级职工大额医疗费用补助和省属在昆高校大学生2023年至2025年大病补充医疗保险项目”公开招标代理机构比选。

代理人在参加本项目过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我均予以承认。

代理人（签字）： 性别： 年龄：

部门： 职务：

代理人无转委权，特此委托。

（附法定代表人授权委托代理人身份证正反面复印件）

法定代表人（签字或盖章）：

代理机构全称（加盖公章）：

 日期：年 月 日