附件四：

**法 定 代 表 人 授 权 委 托 书**

启东复旦医学创新研究院：

（参选人全称）系中华人民共和国合法企业（或事业单位），法定地址： ，特授权（姓 名）（职 务）代表我单位全权办理针对启东复旦医学创新研究院开户银行项目的遴选，并签署全部有关文件、协议及合同。我单位对被授权人签名的所有文件负全部责任。

被授权人无权转委托。

被授权人（签字）： 性别： 年龄： 职务：

身份证号码：

通讯地址：

联系电话：

法定代表人（签字或盖章）：

参与人（盖章）：

年 月 日

**注：提供被授权人身份证正反面复印件盖公章**