**附件2：**

**法定代表人身份证明**

致： 酒泉市中医医院

单位名称：

单位性质：

地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名：性别：年龄：职务：身份证号码： 系  （单位名称）的法定代表人。

特此证明。

单位名称：（盖单位公章）

法定代表人：（签字或签章）

**法定代表人身份证明复印件：**

法定代表人身份证（正反面复印件加盖公章）