附件6

法定代表人资格证明

致： 重庆市人民医院 ：

（法定代表人）在 （企业名称）任 （职务名称）职务，是 （企业名称）的法定代表人。

特此证明

企业名称（公章）：

日期： 年 月 日

（附：法定代表人身份证正反面复印件）