

授权委托书

***资格申请授权委托书声明**（注：若未委托他人代办资格申请及代购药或参保人为未成年人/无民事行为能力人，此项无需填写。）

现参保人_____委托_____先生/女士，_____先生/女士前往贵公司办理门特恶性肿瘤自费药品使用资格申请及代购药事宜。
本委托有效期至_____。授权委托日期：_____年_____月_____日

受托人A信息	姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份证号码	
	联系电话		联系地址：	市 区/县 街/路 号 室		
	受托人身份	<input type="checkbox"/> 参保人父母 <input type="checkbox"/> 参保人配偶 <input type="checkbox"/> 参保人子女 <input type="checkbox"/> 其他（ ）				
受托人B信息	姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份证号码	
	联系电话		联系地址：	市 区/县 街/路 号 室		
	受托人身份	<input type="checkbox"/> 参保人父母 <input type="checkbox"/> 参保人配偶 <input type="checkbox"/> 参保人子女 <input type="checkbox"/> 其他（ ）				
受托人声明	1、受托人保证参保人的签名为亲笔签名，如有纠纷，受托人自愿承担相应责任； 2、受托人在授权有效期内代为办理委托，严格遵循参保人的真实意愿，所实施的行为如超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。					
参保人签名				受托人签名		