黑龙江省妇幼保健院

门诊诊疗卡退卡退费代办委托书

委托人：\_\_\_\_\_\_\_身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_

受托人：\_\_\_\_\_\_\_身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_

委托事项： 委托人因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（原因，如行动不便、异地等），自愿委托受托人：\_\_\_\_\_\_与患者关系：\_\_\_\_\_\_（如家属、朋友等）代为办理委托人的黑龙江省妇幼保健院门诊就诊卡退卡退费事宜。

患者门诊就诊卡号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

委托期限：至上述事项办结为止。

委托人声明：

1、受托人在授权范围内签署的文件或办理的手续，委托人均予以承认并承担法律责任。

2、本委托书不可撤销。

委托人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_

受托人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_

（附：委托人、受托人身份证复印件）