**授权委托书**

委托人：

委托人身份证号码：

联系电话：

被委托人：

被委托人身份证号码：

联系电话：

本人 因故无法到常德市第一人民医院办理新冠患者治疗费用退费手续，特委托 代为本人进行退费资料提供，被委托人在办理上述事项过程中所提交的有关资料，我均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托期限： 年 月 日至 年 月 日

授权人：（签名并按手印） 年 月 日

被授权人：（签名并按手印） 年 月 日