授权委托书

（已故患者退费适用）

委托人一：【姓名】【身份证号码】【联系电话】【与患者的关系】

委托人二：【姓名】【身份证号码】【联系电话】【与患者的关系】

委托人三：【姓名】【身份证号码】【联系电话】【与患者的关系】

（视委托人具体人数自行增减）

被委托人：【姓名】【身份证号码】【联系电话】【与患者的关系】

 委托人一、委托人二等多名委托人（以下简称委托人），一致同意授权被委托人代为办理新冠患者（患者姓名）治疗费用退费事宜，被委托人在办理上述事项过程中提交的有关资料及其他与委托事项相关的一切行为，全体委托人均予以认可，并承担相应的法律责任。

 委托期限：自 年 月 日起至 年 月 日止。

委托人一 委托人二 委托人三【均签字并按手印】

 年 月 日

被委托人【签字并按手印】

 年 月 日