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 因故无法到河池市第三人民医院办理新冠患 者治疗费用退费手续，特委托 代本人进行退费，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。

指定收款账户户名：

银行账号：

开户行：

委托期限； 年 月 日 至 年 月 日

委托人签名：

年 月 日