病历复印授权委托书

本人 特此授权委托 (身份证号码： )在 年 月 日至 年 月 日期间内到广元市利州区中医医院代为办理病历复印相关事宜。

本人授权委托之受托人在代办期间，所提供的全部本人资料，被授权人及必要第三方对本人的个人信息负有保密义务。受托人在其权限范围内签署的一切有关文件，我均予承认，由此在法律上产生的权利、义务均由授权委托人享有和承担。

授权人签名：

身份证号码：

联系电话： 日期： 年 月 日

受托人声明：

第一、受托人保证本委托书为授权人亲笔签名，如有纠纷，受托人自愿承担相应法律责任；

第二、受托人在授权有效期内代为办理委托事宜，应严格遵循授权人的真实意愿，如果所实施的行为超出授权范围，受托人自愿承担相应法律责任。

受托人签名：

联系电话： 日期： 年 月 日

特别说明：

①本授权委托书仅适用于与广元市利州区中医医院病历复印处理相关事宜。

②授权人为国家法定的资格人。

③请用黑色钢笔或签字笔在横线处清晰、无误的填写办理内容。为保障授权人的权益不受侵害，空白处请用笔划除。

④授权人、受托人均需提供身份证。授权人身份证和受托人身份证复印件粘贴或复印在委托书背面，仅用于与广元市利州区中医医院病历复印处理相关事宜。

⑤申请住院病历复印的同志请务必带齐本人的有效身份证件；若申请人非患者本人，请务必带齐患者本人和代理人的有效证件以及患者的授权委托书。

⑥以上有效证件和委托书缺一不可。

⑦若提供的证件和授权委托书与实际不符者，一切法律后果自负。