授权委托书

兹委托：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，工作单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，住址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）在患者\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_与首都医科大学附属北京中医医院医疗纠纷调解案中，作为我的代理人。代理权限包括但不限于：陈述事实，参加调解，代为承认、放弃、变更诉讼请求，提起反诉或上诉，代为领取医疗纠纷调解赔偿款等事宜。对被托人在办理上述事项过程中所签署的相关文件我均予认可，并承担相应的法律责任。

委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

委托人：

受托人：

时间： 年 月 日