附件3

**委托书**

委托人（患者）：

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

受托人：

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

与患者关系：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

鉴于委托人在北京市朝阳区妇幼保健院（潘家园院区）办理了门诊一卡通，现需办理退卡退费业务，特委托受托人为代理人，代为办理相关事宜。经双方友好协商，达成如下协议：

**一、委托事项**

委托人\_\_\_\_\_\_\_\_委托受托人\_\_\_\_\_\_\_\_办理在北京市朝阳区妇幼保健院的门诊一卡通退卡退费业务，包括但不限于提交退费申请、提供相关证明材料、领取退费款项等与退费业务相关的全部事宜。

**二、委托期限**

本委托书自委托人、受托人共同签字之日起生效，有效期至该退卡退费业务办理完毕。

**三、费用及支付方式**

本次委托事项不涉及费用支付问题。如在办理退费业务过程中产生任何应由委托人承担的费用（如手续费等），受托人应提前告知委托人，并按照委托人的指示进行支付。

**四、其他事项**

医院按照规定程序办理该一卡通退费业务，退款交付受托人，医院不再负责委托人与受托人之间的交付事宜。

委托人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

受托人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日