**授权委托书**

**委托人**

姓名： 性别： 年龄： 联系电话

身份证号： 与患者关系：

姓名： 性别： 年龄： 联系电话

身份证号： 与患者关系：

**受委托人**

姓名： 性别： 年龄： 联系电话

身份证号： 与患者关系：

因患者 与南昌大学第一附属医院发生医疗纠纷，现委托

担任我的代理人，处理该纠纷的有关事宜。

委托人签名： 年 月 日

受委托人签名： 年 月 日