**病历复印授权委托书**

委托人：姓名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

代理人: 姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

双方关系：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

兹因本人无法前往医院，特委托 \_\_\_\_\_\_\_\_\_作为我的合法代理人，全权代表我办理病历复印相关事项，对代理人在申请复印病历期间所签署的有关文件，我均予以认可，并自愿承担相应的法律责任。

委托人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

委托日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**网上病历复印提示**

患者出院后10个工作日（节假日顺延），可以申请网上复印，选择自取或邮寄方式领取病历。

网上预约复印二维码如下：

