

门诊预交金余额退费委托书

一、委托人及受托人信息

1. 委托人： 姓名： _____ 身份证号： _____ 联系电话： _____ 就诊卡号： _____

2. 受托人（代办人）： 姓名： _____ 身份证号： _____ 联系电话： _____

二、委托事项

因本人无法亲自前往西南医科大学附属口腔医院办理门诊预交金余额清退手续，现委托上述受托人代为办理相关事宜，具体包括：

1. 提交本人身份证件、就诊卡等材料；
2. 办理预交金余额查询及退费手续；
- 3 填写并签署相关退费文件。

三、委托期限

自本委托书签署之日起至_____年_____月_____日止（建议不超过1个月）。

四、委托人声明

受托人在授权范围内所签署的文件及办理的事项，本人均予以承认并承担相应法律责任。

本委托书仅用于门诊预交金余额清退业务，不作其他用途。

委托人签字： _____

日期： _____年_____月_____日

受托人签字： _____

日期： _____年_____月_____日