

附件 1

授权委托书

四川省医疗保障局：

我单位_____（参与金融机构全称）授权
（授权代表姓名）（身份证件号码_____）为我单位授权
代表，全权办理由四川省医疗保障局组织的医保码展码合作金融机构
项目（第二期）报名事宜。授权代表的一切行为，均对我单位产生约
束力。

授权委托书期限截至 年 月 日 ： 00 止。

参与单位（公章）：

法定代表人（负责人）（签章）：

授权代表（签字）：

年 月 日