

## 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