**授权委托书**

本授权委托书声明：本人        （姓名）系         （单位名称）之法定代表人，现授权委托          （单位名称）    （姓名）为我公司法定代表人授权委托代理人，以本公司的名义参加天津市第三中心医院为退休返聘（补差）职工购买雇主责任险项目论证活动。其在项目论证报价、合同谈判、合同签署过程中所签署的一切文件和处理与之相关的一切事务，本人均予以承认。

  代理人无转委托权，特此委托！

  本授权委托书授权期限为 年 月 日 至 年 月 日。

  受委托人姓名：      性别：     出生年月：

 工作单位：        职务：     电话:

**附:法定代表人身份证复印件及受委托人身份证复印件。**

         单位名称：（盖章）

                受权委托人（签字） ：

                  年    月   日