**附件2**

**新冠肺炎去世患者授权委托书**

委 托 人 ： 身份证号码：

现住址： 联系电话：

委 托 人 ： 身份证号码：

现住址： 联系电话：

委 托 人 ： 身份证号码：

现住址： 联系电话：

受委托人 ： 身份证号码：

现住址： 联系电话：

现委托人 委托 作为我的代理人，代为办理患者 去世后长春国文医院根据国家政策代发放的新冠患者救治财政补助金领取的相关手续事宜。

委托权限：代为办理患者 去世后长春国文医院根据国家政策代发放的新冠患者救治财政补助金领取的相关手续。

委托人签名（按手印）：

 年 月 日