**医疗争议案件授权委托书**

授权委托书格式1：

|  |
| --- |
| 授 权 委 托 书  委托人：  居民身份证号码：  受委托人：  居民身份证号码：  现委托上列受委托人，在 与 医院医疗争议一案中，作为我方的代理人。  代理人 的代理权限为：特别授权：达成仲裁协议、代为签署仲裁申请书、代为提起仲裁、承认、变更、放弃仲裁请求，提起反请求、选择审理程序、指定仲裁员、参加庭审、进行和解、调解、签收法律文书、委托律师、代为领取各种款项等。  委托人：  年 月 日 |

授权委托书格式2：

|  |
| --- |
| 授 权 委 托 书  委托单位：  法定代表人： 职 务：  受委托人：姓 名： 性 别：  工作单位：  现委托上列受委托人，在 与 医院医疗争议一案中，作为我方的代理人。  代理人 的代理权限为：特别授权：达成仲裁协议、代为承认、变更、放弃仲裁请求，提起反请求、选择审理程序、指定仲裁员、参加庭审、进行和解、调解、签收法律文书等。  委托单位（盖章）：  年 月 日 |

**特别注意：授权内容应注意区别诉讼案件，特别授权应写明授权范围！**