附件2：

授权委托书

德阳市第六人民医院（东汽医院）：

我行（申请单位全称）授权（代表姓名）为我行代表人，全权办理由你单位组织的德阳市第六人民医院（东汽医院）医疗保险基金专户管理银行竞争性磋商项目申请报名事宜。代理人的一切行为，均对我行产生约束力。

联系电话：

电子邮箱：

申请单位（公章）：

分行负责人签字：

年 月 日