**业 务 员 授 权 委 托 书**

**致北京清华长庚医院：**

授权人：

工作单位： 职务：

移动电话：

邮箱：

固定电话：

被授权人：

工作单位： 职务：

移动电话（必填）：

邮箱（必填）：

固定电话：

紧急联系人：（必填，与被授权人不能为同一人）

工作单位： 职务：

移动电话：

邮箱：

固定电话：

兹授权 公司 负责本公司产品在北京清华长庚医院销售相关业务，全权处理我公司产品销售过程中的商务谈判、合同签订等事宜，由于销售本公司产品所产生的相关责任由本公司承担。

　　委托期间：本授权书自 年 月 日至 年 月 日有效。

授权人身份证复印件 （正面） 被授权人身份证复印件（正面）

 （授权人单位盖章）

 法人签字： 被授权人签字：

年 月 日 年 月 日