

中国初级卫生保健基金会 生命捷力-多发性硬化症患者援助项目 援助药品领药委托书

委托人： 身份证号码：

被委托人： 身份证号码：

与委托人关系：

本人因身体原因无法亲自到现场领取援助药品，特委托_____作为我的合法代领人，代为领取特立氟胺片（商品名：奥巴捷®）援助药品。对被委托人在办理领药过程中所签署的有关文件，我均已认可，并承担相应的法律责任。

委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

委托人签字：

被委托人签字：

签字日期：

备注：原则上要求患者本人领药，如果患者本人由于身体原因无法领取，须由其直系亲属代领，代领人须携带患者本人签字的领药委托书及患者身份证原件、复印件、代领人身份证原件及复印件方可代领。