**北京仁泽公益基金会**

**索马杜林®慈善援助项目（青岛）**

**患者领药委托授权书**

本人因身体原因，不便亲自去援助药品项目指定领取药店领取援助药品索马杜林®（注射用醋酸兰瑞肽），特委托\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_代替我去领取援助药品，并承担受托人为我领取援助药品所可能带来的一切风险和后果。

患者签字：

身份证号：

受托人签字：

受托人身份证号：

日期：