หนังสือมอบอำนาจ

วันที่ ....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ....
เลขประจำตัวพนักงาน/เลขบัตรประจำตัวประชาชน ....ที่อยู่......................
....ในฐานะ
เจ้าของข้อมูลทางการแพทย์ ขอมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว) ....
ที่อยู่ ....
เป็นผู้รับมอบอำนาจ มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้า ในการดำเนินการ ....
....
....
....
....
....

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามที่ได้รับมอบอำนาจดังกล่าวข้างต้น ให้มีผลผูกพันข้าพเจ้าทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งการนี้ ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..ผู้มอบอำนาจ
(..)

ลงชื่อ..ผู้รับมอบอำนาจ
(..)

ลงชื่อ..พยาน
(..)

ลงชื่อ..พยาน
(..)