

หนังสือมอบอำนาจ

วันที่

ข้าพเจ้านาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี
บ้านเลขที่.....หมู่..... แขวง/ตำบล.....เขต / อำเภอ.....
จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี
เกี่ยวข้องเป็นบิดา / มารดา / สามี / ภรรยา / บุตร / อื่นๆ
เป็นผู้รับมอบอำนาจ ดำเนินการแทนข้าพเจ้าเกี่ยวกับ

- ขอสำเนาประวัติ รับสำเนาประวัติการรักษา
 รับหนังสือรับรองการเสียชีวิต รับศพ รับใบมรณบัตร
 อื่นๆ.....

และข้าพเจ้าฯ ยินยอมให้โรงพยาบาลวิชัยเวช อินเตอร์เนชั่นแนล อ้อมน้อย เปิดเผยประวัติการรักษาของ
ข้าพเจ้าฯ ต่อ บริษัทประกันชีวิต บริษัทประกันภัย สำนักงานประกันสังคม อื่นๆ (ระบุ)
..... ที่ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าฯ และขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
การกระทำใดๆ ที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไป เปรียบเสมือนข้าพเจ้าฯ ได้กระทำทุกประการ จึงลงลายชื่อ
ไว้เป็นหลักฐาน พร้อมทั้งแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้าฯ และผู้รับมอบอำนาจมาด้วยนี้

ลงชื่อผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อพยาน

(.....)