

# 费凡掌控一患者援助项目 代领委托书

委托人：\_\_\_\_\_ 身份证号\_\_\_\_\_

被委托人：\_\_\_\_\_ 身份证号\_\_\_\_\_

与委托人关系：\_\_\_\_\_（为直系亲属，包括父母、配偶及子女）

本人因\_\_\_\_\_原因无法亲自到达现场领取援助药品，  
特委托\_\_\_\_\_作为我的合法代领人，代为领取注射用醋酸地加瑞克（费蒙格®）\_\_\_\_\_支援助药品，对被委托人在办理领药过程中所签署的相关文件，我均已认可，并承担相应的法律责任。本人已了解援助药品的使用、保存方法，并会严格按照要求使用、保管药品，药品交付代领人后所发生的遗失、损毁、使用错误等事项，后果自行承担。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：

使用说明：本材料仅用于使用注射用醋酸地加瑞克（费蒙格®）患者援助项目领取援助药品。