*医疗过错* 评估 委托书

**委托方基本情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名、与患者关系（必填） |  |
| 身份证号（必填） |  |
| 地址 |  |
| 微信号（必填） |  |
| 手机号（必填） |  |
| 身份证复印件 | 拍照后微信发给受托方 |

**受托方基本情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 律所名称 | 北京丁王律师事务所 |
| 统一社会信用代码 | 3111 0000 33033 41931 |
| 地址 | 北京市东城区建国门内大街7号光华长安大厦2座1120 |
| 微信号 | dgw13910167286 |
| 手机号及电子邮箱 | 13910167286 879539562@qq.com |
| 执业许可证 | 拍照后微信发给委托方 |
| 收费账号 | 户名：北京丁王律师事务所 账号：0200 0902 0920 010 6951  开户行：中国工商银行北京回龙观支行 |

委托事项

|  |  |
| --- | --- |
| 医院名称 |  |
| 医院所在城市 |  |
| 患方残疾？或死亡？ |  |
| 患者病历 | 拍照后微信发给受托方 |

特别提示：***基于诚信原则，受托方信赖委托方的证据合法，陈述真实。委托方对其证据和陈述自负其责，受托方对此不承担责任。限于医疗事实有限，受托方评估仅供委托方参考。***

收款后24小时内受托方微信发《评估报告》电子版给委托方。

委托方个人签名：

年 月 日