**生物样本库联络人授权委托书**

经慎重考虑，兹授权广西医科大学第一附属医院\_\_\_\_\_\_科室\_\_\_\_\_\_为样本联络人，并全权处理本人在生物样本（入库/出库）过程中的一切事务并在需要申请人签名以示知情、同意的文书上签字。一经授权人与被授权人同意签字，本授权书即生效；被授权人行为视同本人知悉与同意。经被授权人签名同意后所实施的存储样本行为若产生不良后果，将由本人承担。必要时本人可撤销授权委托，另行签署授权委托书，改由本人或其他联络人处理上述事项(撤销授权前10天,申请人书面通知样本库管理人员，同意后方可撤销授权)。

授权人签名： 年 月 日

本人\_\_\_\_\_\_\_\_接受申请人\_\_\_科\_\_\_\_\_的授权，同意在上述授权范围里代理申请人行使该申请人在广西医科大学第一附属医院生物样本库存储样本期间的知情同意权和选择权，并签署各项存储样本事项同意书。当授权人提出撤销授权委托时，本人愿无条件接受。

被授权人签名： 联系电话： 年 月 日