**授权委托书**

由于 （代付原因），本公司\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（投保公司名称）现全权委托\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（代付公司名称）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（代付公司统一社会信用代码）代为支付本公司雇主责任保险费人民币\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。

授权期限自 年 月 日起，自本公司书面通知瑞再企商保险有限公司终止授权日止。

特此授权。

委托人签名或盖章： 联系电话：

受托人签名或盖章： 联系电话：

附：受托人营业执照复印件：

日期： 年 月 日