中荷人寿
BOB-CARDIF LIFE

公共账户资金使用授权书

中荷人寿保险有限公司_____分公司

我单位现授权本单位员工_____等共_____人，使用本单位_____号保单项下公共账户资金，特此申请，明细如下:

序号	员工姓名	身份证号码	发票金额	授权使用金额	备注

投保单位签章

申请日期:　　年　　月　　日

官网下载版