

## 患者声明

本人知晓、同意并授权中国癌症基金会（下称“基金会”）就本人提供的以上所有信息内容进行调查核实。且本人已知晓任何有关以上内容的不实或隐瞒信息，将导致包括本人就该援助项目的申请得不到批准或援助立即终止的后果，由此造成的损失将由本人自行承担。本人已知晓项目申请流程，并承担按照基金会要求提供完整材料，如未按照要求提供造成的损失将由本人自行承担。如接受援助后，经查实，有任何信息不实或隐瞒，基金会将取消对本人援助，在每年不定期抽查中如发现经济状况不符者，基金会将取消对本人的援助，且基金会有权追回所援助药品并保留追究法律责任的权利。

患者可选择指定医院接受治疗，且须本人定期到选择的指定医院的指定医生处进行复查；本人应亲自到指定药品发放处领取援助药品，不可代领药。依据援助方案，经指定医生确认符合项目医学标准且经项目办公室审核符合项目附加标准后，可按照项目要求和流程申请免费药品援助，直至项目终止。

援助的帕捷特药品不可以转卖或赠与第三方，一经发现将立即停止援助。如果您终止治疗，无论任何原因，您或您的家庭成员都需将未曾使用的药品及领药手册退还给帕捷特项目办公室指定的药品发放处。

本人已知悉基金会负责公益援助的材料审核及流程管理，如因药品导致本人出现不良反应或其他损害，基金会对此不承担任何责任，本人同意不对基金会提出任何要求。

申请人签字：\_\_\_\_\_

（需由患者本人签字）

时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日