

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

再次申请经济状况证明

患者姓名	年龄	性别	粘贴患者 近期照片
身份证号			
家庭住址			
邮编	座机	手机	
第一联系人姓名		手机	
工作情况(未参加工作请注明现在情况)			
工作单位名称		工作单位电话	
职务			
在该单位的年收入(近十二个月之内,包括工资及奖金)			
再次申请理由陈述			
目前家庭经济状况及房产情况说明			
<p>患者声明:</p> <p>我在此声明,上述填写信息均属实,并且愿意配合中国癌症基金会就以上信息的审查核实。同时,已完全知晓中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目的相关信息,同意并严格遵守项目的相关规定,自愿按程序申请项目,我愿意承担违反规定后的一切后果。</p>			
患者签字并加按手印: _____		日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	