



“因你同行”血友病患者援助项目

河南专项

承诺书

致因你同行项目办：

因疾病进展经项目医生确认，本人自愿申请“因你同行”血友病患者援助项目河南专项。

- 1、本人按照项目规范或要求接受医学评估及随访。
- 2、本人按照项目规定申请和领取援助药品进行治疗。
- 3、本人不以盈利为目的，将援助药品非法倒卖、销售他人、有偿转让、无偿赠与、与他人交换或者其他盈利目的。
- 4、本人不与其授权代领人伪造、篡改、捏造申请资料或者隐瞒申报，提供不实虚假资料。（如经项目办核查发现有疑，既立即出组不得再次申请本项目）
- 5、本人不会为了获得项目援助，向项目相关人员行贿。

我已仔细阅读并充分理解上述内容《“因你同行”血友病患者援助项目河南专项承诺书》我参加本项目是自愿的。我知晓参与本项目后将获得的受益以及可能存在的风险，我具备对自己的行为承担相应责任的行为能力。（如申请人<18周岁，请监护人确认并签字。此签字同等法律效应。）

项目申请人姓名（正楷）/监护人签字(正楷)：

项目申请人签字：

日期： 年 月 日