

因你同行-血友病患者援助项目--资金援助

患者特别承诺书

本人_____，身份证号_____，于_____年____月
申请“因你同行-血友病患者援助项目--资金援助”。本次申请提交的
未经医保报销的自行用药发票号码为：_____。

本人承诺：

1. 本人知晓并严格遵守项目规定，自愿按项目规定提交申请；
2. 本人提交的申请材料均为真实有效材料，未有任何不实申报或隐瞒、欺诈等失信情况，未违反项目相关规定；
3. 本人决不从该项目中或依托该项目谋取不正当经济利益；
4. 本人决不依托该项目开展违法犯罪活动；
5. 本人具备对自己的行为承担相应责任的行为能力；
6. 若本人承诺与事实不符，愿自主承担相应法律责任。

患者本人签字：

承诺时间： 年 月 日

.....