

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			
患者声明：			
<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			