

援助患者低收入证明

(患者申请资料五)

安心健行-安佰诺® 药品援助项目办公室:

兹证明(患者姓名) _____ 同志, 性别(男/女), 身份证号: _____, 现年 _____ 岁, (系我单位职工, 现职务为 _____), 在本街道/居委会/村委会居住, 家庭年收入(大写) _____ 元。

特此证明。

(此证明仅用于安心健行-安佰诺®药品援助项目援助药品申请)

单位(街道/居委会/村委会)公章:

证明日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

单位(街道/居委会/村委会)联系电话: _____

单位(街道/居委会/村委会)地址: _____