

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：_____