

博爱新生-患者援助项目 项目医生备案表

姓名		性别	
身份证号		年龄	
职称/职务		科室	
电话		传真	
联系地址		邮编	
所在医院		邮箱	

注：请务必仔细阅读《博爱新生患者援助项目-医生理解备忘录》全部内容。

为方便项目办核对患者申请材料中您的签字，如您有其他签字笔体，请在以下空白处签写：

项目医生本人签字确认（正楷）： _____ 日 期： _____ 年 月 日

填表说明：

- 1、本表用于项目办公室备案使用，请填写真实信息。
- 2、如患者申请材料中您的签字与备案不符，项目办将暂停患者申请；待项目办与您核实并获取新的签字备案后方可恢复患者申请资格。

3、如您有任何建议或意见可联系项目办：

援助热线：010-56591682（周一至周五 9:00-17:30，法定节假日除外）

电子邮箱：baxspap@126.com

4、资料邮寄地址：（只接收 EMS 特快专递）

北京市 100024 信箱 58 号分箱中国初级卫生保健基金会“博爱新生-患者援助项目办公室”。

