

北京康盟慈善基金会

博医疝行-腹股沟疝气治疗患者援助项目 申请书

一、申请人基本情况：

申请人		申请日期	
身份证号		联系方式	
银行账户		开户行	
具备实施相关手术条件的医院开具的诊断材料和手术证明			
残疾证复印件(如有)或街道办出具家庭年收入小于10万元人民币的证明			
患者本人身份证正反面复印件			
患者本人银行卡照片			

二、申请者承诺

本人自愿申请博医疝行-腹股沟疝气治疗患者援助项目，本申请表格填写内容真实无误。

申请者（签字）：

日期：