

受助药品领取结束声明

患者编号：

经过项目办审核，患者_____身份证号码_____

符合项目条件，已被批准于_____年_____月_____日，领取捐赠朗沐_____支，
赠药批号_____。

患者本人接受“朗视界 沐光明”项目援助药品，如出现任何不良反应或其他并发症，请将于第一时间告诉医生，并不会因此向“朗视界 沐光明”项目管理委员会及药品捐赠方提出任何赔偿要求。

援助至此结束，特此声明。

患者签名：

家属签名：

患教专员：

日 期：

注：

1. 领药时请携带患者本人身份证原件，签署受助药品领取结束单。
2. 患者本人无法领取的，由代领人携带患者身份证原件，药品领取委托书，代领人本人身份证原件及复印件方可代领。

朗
视
界
沐
光
明
公
益
基
金