



## 中华慈善总会拜科奇 Co-pay 慈善援助项目 援助资金领取委托书

由于患者本人行动不便，特申请由\_\_\_\_\_（此处请填写代领人姓名）代为领取援助资金，代领人与患者关系是\_\_\_\_\_。患者本人愿意承担因代领人违反项目规定所发生的一切后果。

### 特别提示：

- 1、18周岁以下患者必须填写此委托书。
- 2、代领人需为患者直系亲属，即患者父母、配偶或子女。
- 3、须提供代领人的身份证复印件（正反面）一份。
- 4、如患者更换代领人，需要重新填写此表并提供代领人相关资料。
- 5、如出现特殊情况请与项目办联系。

患者姓名：\_\_\_\_\_

患者本人按手印：\_\_\_\_\_

代领人签字：\_\_\_\_\_

签字日期：\_\_\_\_\_

（此表填写后请交至当地慈善会）