



中华慈善总会瑞百安慈善援助项目 患者特殊情况代领知情同意书

(2018 年 10 月)

申请项目：瑞百安慈善援助项目

患者姓名：_____

身份证号：_____

请 粘 贴 患 者 近 期 免
冠 彩 色 一 寸 清 晰 干 净 的 证
件 照 片 1 张，如 邮 寄 过
程 中 照 片 丢 失，由 患 者 本
人 承 担 责 任。

本人自愿按照《中华慈善总会援助项目患者代领药规定》申请代领，保证提交的代领资料真实完整，对于本人所委托 代领人的身份和行为完全负责，自愿接受中华慈善总会的调查核实。如出现代领人违规操作的行为，我将自愿承担责任：1、不能再次申请代领，2、代领不被批准，3、本人被取消受助资格。

因本人或代领人任何言行对中华慈善总会以及合作方造成损失，本人将承担相应责任，并自愿遵守中华慈善总会以下规定：

一、自愿按流程申请由患者本人委托的直系亲属代领援助药品，患者对代领人身份及行为负责。如因代领人的行为导致患者断药或未得到援助药品，后果均由患者本人承担。

二、患者本人需妥善保管申请瑞百安慈善援助项目时使用的登录账号及密码，如因账号密码泄露、被盗导致的援助药品被冒领，后果由患者本人承担。

三、承诺所委托的代领人只为患者本人代领援助药品，（请粘贴患者近期免冠彩色一寸清晰、干净的证件照一张，如邮寄过程中照片丢失由患者本人承担责任）不同时为其他患者代领药品。

四、承诺代领申请成功后，按时携带项目要求的资料领药，如因材料不全或者不符合项目要求则放弃领取援助药品。

五、承诺代领申请成功后，不临时变更代领人，并保证在长期代领过程中，不随意频繁更换代领人。如因临时变更代领人或随意频繁更换代领人导致申请审批时间延长或未获批准从而发生断药等情形其后果由患者本人承担。

六、保证所领取援助药品只用于患者本人，不会转售或转赠他人，如出现上述行为，中华慈善总会一经发现立即取消受助资格并视具体情况追究相应民事、刑事责任。

七、代领人将药品领取后，即视为患者本人已经领取了援助药品，如有丢失或损坏情况，都由患者本人承担相应责任，中华慈善总会不予补发援助药品。

八、患者本人或代领人如有任何违反项目援助规定、干扰项目办公室和发药点及注册医生正常工作的情况，将立即被取消受助资格。

九、愿意配合项目办公室进行不定期的各项抽查及回访。本人已完全知晓并充分理解了本知情同意书的全部内容含义。

患者签字并按手印：_____

注：如患者本人书写不便，可由直系亲属代签患者姓名，患者本人按手印确认。

申请日期： 年 月 日

中华慈善总会留存



中华慈善总会瑞百安慈善援助项目 患者特殊情况代领申请表

(2018 年 10 月)

患者基本信息				
患者姓名		患者性别		一寸照片
唯一号码		所在发药点		
患者身份证号		患者年龄		
家庭地址 及联系电话				
代领人基本信息				
代领人姓名		代领人性别		一寸照片
代领人身份证号				
代领人与 患者关系		代领人联系电话		
申请代领理由				
患者签名		代领人签名		
签字日期		签字日期		
中华慈善总会 瑞百安项目办公 室审批意见	年 月 日			