

北京仁泽公益基金会

受益人确认书

项目名称	里葆多®患者援助项目		
项目执行单位	北京仁泽公益基金会		
受益人姓名		身份证号	
性 别		手机	
		电话	
家庭住址			
援助物资名称	规格	数量 (支)	
里葆多®			
项目药店名称			
发药人员姓名			
受益人签字		签字日期	