**北京仁泽公益基金会**

**受益人确认书**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **依保®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** |  |
| **审批编码** |  | **项目医师** |  |
| **援助物资名称** | **规格** | **数量（盒）** | **金额（元）** |
| **依保®** |  |  | **—** |
| **受益人签字** |  | **签字日期** |  |