

# 索马杜林®慈善援助项目

## 受益人确认书



项目名称		索马杜林®慈善援助项目			
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					
领药编号					
受助方式	名称 (种类)	规格	数量 (盒)	金额 (元)	备注
现金 <input type="checkbox"/>		—	—	—	
实物资产 <input type="checkbox"/>					
劳务或服务 <input type="checkbox"/>		—	—	—	
受益人签字				签字日期	