

“朗视界 沐光明”援助项目电子发票承诺书

本人姓名：_____性别：_____联系电话：_____
身份证号：_____户籍地：_____。

因申请“朗视界 沐光明”患者援助项目，提交电子发票_____张，
本人已认真阅读、完全理解和认同“朗视界 沐光明”患者援助
项目的具体规定。本人申请援助类型为非医保，承诺将严格遵守
该药品捐赠项目中的各项规定。此次提供的以下几张电子发票：

开票单位：_____；

发票号：_____日期：_____

发票号：_____日期：_____

发票号：_____日期：_____

发票号：_____日期：_____

发票号：_____日期：_____

本人郑重声明，不会将以上发票再次用于其他任何报销和其
他机构的救助项目使用，所提供的全部申请材料均真实准确，愿
意接受“朗视界 沐光明”项目办公室核查。如有任何不实的申
报或违反项目规定的行为，导致申请赠药失败得不到批准、赠药
中止/终止或其他法律后果的后果，本人将承担相应的法律责任。

签字：（按手印）

年 月 日

朗视界
沐光明
公益基金