申请书编号：

**名医主刀公益联盟贫困患者专家出诊服务费资助申请书**

名医主刀名医“公益联盟”项目组：

我是 （患者本人/监护人），身份证号码：

现患有 疾病，因家庭经济收入较低，无力承担全部专家出诊费用，现向名医“公益联盟”项目组申请资助，以协助完成手术治疗。

我们充分了解该疾病手术作为医疗行为所存在的不确定性及各种风险。我们知道名医“公益联盟”只是在专家出诊费上给予我们资助，不承担手术效果、手术风险等方面的责任。任何医患之间的法律纠纷将由手术医院和患方双方自行解决，与名医“公益联盟”无关。同时，我们同意为帮助宣传该项目，名医“公益联盟”项目组可以在报刊、杂志、书籍、电影和电视等各类媒体上无偿使用我的家庭和本人的照片，我将不对此提出异议并将积极配合项目的宣传活动。

盖章

申请人签字： 名医主刀负责人签字：

日期： 年 月 日 日期： 年 月 日

**名医主刀“公益联盟”活动申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 预约单编号 |  | 疾病名称 |  | | |
| 户籍类型 |  | 职业 |  | | |
| 移动电话 |  | 身份证号码 |  | | |
| 所在省 |  | 所在市 |  | 所在县 |  |
| 家庭详细住址 |  | | | | |
| 疾病状况描述 |  | | | | |
| 申请原由及基本生活状况介绍: | | | | | |
| 名医主刀公益联盟委员会审批意见 | 名医主刀公益联盟委员会讨论决定：  同意免去 专家会诊费用。  申请人签字： 名医主刀负责人签字：  盖章  年 月 日 | | | | |

备注：

1.最终解释权归上海创贤网络科技有限公司，本项目为自愿报名形式。

2.名医主刀公益联盟委员会有权对获捐助的患者定期进行抽查，核对个人信息和疾病资料，如发现信息不实或条件不符将立即停止捐助。