



中华慈善总会百因止慈善援助项目 患者领款账户信息登记表

姓名		唯一号	
手机号		身份证号	
开户人姓名		与患者关系	
开户行名称 (XX银行XX省XX市XX支/分行)			
银行账号			
银行预留手机号			

签字

日期

填写说明:

1. 本表可由患者本人或者直系亲属填写, 其中患者签字部分务必由患者本人填写, 如患者无法写字, 需要家属代签字后, 由患者本人在自己签名处加盖手印。
2. 本表需要用签字笔或者圆珠笔逐栏正楷填写, 不得涂改, 不得空缺。
3. 如开户人不是患者本人, 需填写申请入组时所填的代领人姓名。如需变更代领人, 请拨打项目热线010-51672086联系项目办办理。