

无偿献血者临床用血费用减免 亲属关系承诺书

用血者姓名_____, 身份证号码: _____,
手机号: _____, 与献血者系 (☐父子 ☐父女 ☐母子
☐母女 ☐姑婿 ☐翁婿 ☐婆媳 ☐翁媳 ☐夫妻 ☐兄弟姐妹) 亲属
关系; 献血者姓名_____身份证号码: _____,
手机号: _____. 以上情况满足《江苏省献血条例》
第二十七条规定享受待遇的条件。

本人郑重承诺: 本次临床用血费用减免所提交的亲属关系承诺
真实有效, 因虚假关系导致江苏省财政经费流失的, 由本人承担相
应法律责任及后果。

用血者/承诺者签名:

按指印处:

日期: