附：

患者知情同意书

为积极应对新型冠状病毒感染的肺炎疫情，最大限度保护患者健康又保证患者能及时领取到捐赠药品，现苏州市慈善总会发药点采取顺丰快递邮寄的方式发放药品。

患者姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。本人同意苏州市慈善总会发药点以顺丰快递邮寄的方式发放捐赠药品\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（药品名称），邮寄地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，收件人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。快递必须保价，费用由患者承担。本人保证邮寄的空包装等申领所需资料准确完整，若因空包装不合格或者其他申领所需资料不准确、不完整造成无法正常发药，由此产生的全部后果由患者个人承担。若因患者个人原因或者快递运输等第三方原因造成捐赠药品破损、短少或者丢失，苏州市慈善总会发药点及药品捐赠单位均不就此承担任何责任。

 患者签字按手印：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 年 月 日