

关于脊柱侧弯患者_____的家庭贫困证明

智善公益基金会：

本人姓名_____，与患者_____无血缘关系，愿以个人信用担保，患者_____家庭贫困，无力全额负担脊柱侧弯手术费用，其家庭成员无违法犯罪和超生问题。如有虚假，本人愿意为患者_____退还智善公益基金会的全部捐赠款项承担连带责任。

证明人居住地址：

工作单位：

联系电话：

证明人签字：

年 月 日

附件：证明人身份证复印件

身份证正面

身份证反面