转外就医诚信承诺书

我承诺本次提交的转外就医费用发票 张，合计\_\_\_\_ 元属实，不存在虚假情况，如有虚假，自愿接受处罚并承担法律责任。

承诺人： （签名按手印）

与患者关系：

时间： 年 月 日

身份证号码：

联系电话：