

聲明書

本人(姓名) _____，持澳門居民身份證編號 _____，本人曾於澳門特別行政區政府衛生局轄下醫院或衛生中心就診並要求開具醫生證明，患病時段為 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日，為著申請疾病津貼，現同意社會保障基金向衛生局查閱及獲取本人涉及上述時段之醫生證明及該證明的資料。

聲明人

簽名(須與身份證明文件一致)

_____年____月____日