

## 单位允许出国及个人承诺确认函

北京康盟慈善基金会：

本医院同意\_\_\_\_\_科主任医师（职称）\_\_\_\_\_（申请人名字）参加于2024年09月07-11日在意大利 佛罗伦萨召开的2024 第36届欧洲病理学大会。

医院（盖章）\_\_\_\_\_

2024年 月 日

本人自愿参与由北京康盟慈善基金会组织开展的2024 第36届欧洲病理学大会项目，为提高医疗卫生学科建设，促进医学卫生事业发展，实现更好服务患者医学的目标。

本人自愿参与由北京康盟慈善基金会组织开展的2024 第36届欧洲病理学大会项目，并愿意遵守该项目以下规定（如同意，请在每个项目前在□打√）：

本人熟知并同意遵守北京康盟慈善基金会关于“境外国际会参与人员”的各项规章制度。

本人熟知并同意遵守本医院关于“境外国际会参与人员”的各项规定。

本人熟知并同意遵守北京市各有关部门公布的关于“境外国际会参与人员”个人信息报备的各项规定。

本人在参与基金会的2024 第36届欧洲病理学大会项目中承诺严格遵守以上相关规定。

本人承诺不会假借学术研讨、课题研究、培训会议、科研合作、技术支持、论文刊物、捐赠援助等名义进行利益输送，为企业站台讲课，收受讲课费、培训费、研讨费等不合理取酬问题。

申请人签字：\_\_\_\_\_

2024年 月 日