意外伤害无第三方责任个人承诺

本人（姓名）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

于\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日,在（受伤地址）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，

因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

造成\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_医院住院治疗，总费用\_\_\_\_\_\_\_元。

本人承诺此次意外事故没有第三方责任（或第三方不予支付），如与事实不符，自愿承担一切法律后果，特此承诺。

患者签字：

 联系电话：

 年 月 日