*Đà Nẵng, ngày 27 tháng 12 năm 2024*

**ĐỀ NGHỊ THANH TOÁN**

***Kính gửi: QUẬN ỦY SƠN TRÀ***

* *Căn cứ vào hợp đồng khám sức khỏe số: 252/2024/HĐ-TNĐN ngày 14 tháng 11 năm 2024;*
* *Căn cứ vào Biên Bản Nghiệm thu Hợp đồng khám sức khỏe số: 252/2024/HĐ-TNĐN ngày 27 tháng 12 năm 2024;*
* *Căn cứ vào tình hình khám sức khỏe thực tế của Quận Ủy Sơn Trà tại Trung Tâm Chẩn Đoán Y Khoa Kỹ Thuật Cao Thiện Nhân Đà Nẵng.*
* *Căn cứ vào Hóa đơn số* *được phát hành vào ngày 27/12/2024*

Trước hết chúng tôi xin chân thành cảm ơn sự hợp tác của Quý Đơn vị trong thời gian qua. Nay chúng tôi trân trọng kính gửi đến Quý Đơn vị Đề nghị thanh toán với số tiền là: **20.000.000 *đồng***

*(Bằng chữ: Ba mươi hai triệu, ba trăm chín mươi bảy nghìn đồng chẵn./.)*

Thông tin về việc thanh toán chuyển khoản như sau:

* ***Tên đơn vị : Công ty Cổ phần Bệnh viện Thiện Nhân Đà Nẵng***
* ***Địa chỉ : 276-278 -280 Đống Đa, P. Thanh Bình, Q. Hải Châu, TP. Đà Nẵng***
* ***Số tài khoản : 100211111- Ngân hàng TMCP Quân đội- Chi nhánh Bắc Đà Nẵng.***

Một lần nữa, Bệnh viện Thiện Nhân Đà Nẵng xin chân thành cảm ơn và mong nhận được sự hợp tác của Quý Đơn vị về nội dung thanh toán nêu trên.

Trân trọng kính chào!

**TL. TỔNG GIÁM ĐỐC**

**PHỤ TRÁCH PHÁP CHẾ**

**DƯƠNG THỊ VỌNG**

***Nơi nhận :***

- Như trên;

- P. Kế toán; KD