

SỞ Y TẾ HÀ NỘI  
**BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG ANH**

**GIẤY CƯỚC VIỆN PHÍ**  
Lần:.....

Số vào viện:.....

Họ tên người bệnh:..... Tuổi: .....

Khoa:..... Mã BN: .....

Nội dung:.....

Số tiền cước:.....

(*Bằng chữ*: ..... )

*Ngày.....tháng.....năm 201.....*

**Người thu tiền**