**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Miễn giảm tiền viện phí**

***Kính gửi:*** Ban Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Thanh Sơn.

Tên tôi là: ............................................................Sinh ngày: ........................................

Địa chỉ: ............................................................................................................................

Số điện thoại: ..................................................................................................................

Quan hệ với bệnh nhân (bố/mẹ/vợ/chồng/con…): .........................................................

Tôi xin trình bày một việc như sau:

Tên bệnh nhân: ......................................................Sinh ngày:…………………………

Địa chỉ: ............................................................................................................................

Số điện thoại: ...................................................................................................................

Đã đến khám bệnh và điều trị tại Trung tâm Y tế từ ngày…….tháng……năm đến ngày………tháng……….năm………….

Vì hoàn cảnh và lý do sau:……………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………….....

……………………………………………………………………………………….....

……………………………………………………………………………………….....

Tôi làm đơn này để kính đề nghị ban Giám đốc Trung tâm Y tế xem xét và miễn giảm viện phí cho tôi.

Tôi xin cam đoan những thông tin mà tôi đã nêu trên là hoàn toàn đúng sự thật, nếu sai tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm.

Tôi xin gửi kèm đơn này những văn bản, tài liệu dưới đây để chứng minh cho những thông tin mà tôi đã đưa ra:

1./……………………………………………………………………………………….

2./……………………………………………………………………………………….

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

*……………..,ngày…..tháng….năm………*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GIÁM ĐỐC** | **TRƯỞNG KHOA/PHÒNG QUẢN LÝ** | **TRƯỞNG KHOA**  **ĐIỀU TRỊ** | **NGƯỜI**  **LÀM ĐƠN** |