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

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**ĐƠN XIN MIỄN TIỀN GIƯỜNG YÊU CẦU**

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

*- Căn cứ luật khám, chữa bệnh số 40/2009/QH12;*

*- Căn cứ văn bản số 674/TTYT-TCHC ngày 09/9/2020 của Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Thanh Sơn về việc miễn tiền giường yêu cầu;*

*- Căn cứ tình hình thực tế của bản thân,*

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

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

Khoa/phòng/bộ phận công tác:…………………………………………………………

Tôi xin trình bày một việc như sau:

Tên là bệnh nhân/người thân của bệnh nhân: ......................................Tuổi:…………..

Đang điều trị bệnh:……………………………………………………………………..

Tại khoa:………………………………………………………………………………..

Xét thấy bản thân/bố (mẹ)/ vợ (chồng) là một trong các đối tượng được miễn tiền giường yêu cầu trong quá trình nằm điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Thanh Sơn.

Tôi làm đơn này để kính đề nghị Quý Ban Giám đốc Trung tâm Y tế xem xét và miễn tiền giường yêu cầu cho tôi/bố (mẹ)/ vợ (chồng) trong đợt điều trị từ ngày ……..tháng……..năm…….. đến ngày………tháng………năm……...

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 trân trọng cảm ơn!

*……………..,ngày…..tháng….năm………*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LÃNH ĐẠO TTYT** | **KHOA/PHÒNG**  **PHỤ TRÁCH** | **KHOA**  **ĐIỀU TRỊ** | **NGƯỜI**  **LÀM ĐƠN** |