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

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**ĐƠN XIN MIỄN TIỀN VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH**

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

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

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

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

Tôi xin trình bày một việc như sau:

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

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

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

Tôi làm đơn này để kính đề nghị Giám đốc Trung tâm Y tế xem xét và miễn tiền vận chuyển người bệnh cho……….tôi/bố (mẹ)/ vợ (chồng) bằng xe vận chuyển người bệnh của Trung tâm Y tế theo các thông tin như sau:

Biển số xe: …………………………………………………………………………

Tên lái xe: ………………………………………………………………………….

Nơi đến: ……………………………………………………………………………

Thời gian: ………………………………………………………………………….

Đường dài: ……………………Nhiên liệu sử dụng: ………………………………

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 DUYỆT** | **KHOA/PHÒNG**  **CÔNG TÁC** | **KHOA**  **ĐIỀU TRỊ** | **NGƯỜI**  **LÀM ĐƠN** |