Mẫu: M.BST-HT002

SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
PHÒNG KHÁM CHUYÊN KHOA DA MEDCARE
ĐƠN VỊ ĐIỀU TRỊ KỸ THUẬT CAO CÁC BỆNH LÝ VỀ DA & THẨM MỸ DA
95/36 Bắc Hải, Phường 15, Quận 10, TP.HCM
medcare.com.vn 0845 115 115 info@medcare.com.vn

MEDCARE

ĐƠN ĐĂNG KÝ
ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN SẮC TỐ BẨM SINH

(Áp dụng cho các đối tượng không có giấy/sổ chứng nhận hộ nghèo)

Kính gửi: **Phòng khám Chuyên khoa Da Medcare**

Tôi tên là..... Sinh ngày ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Nơi sinh *(tỉnh hoặc thành phố)* ..... Dân tộc ..... Giới tính *(Nam ghi 1, Nữ ghi 0)* ☐

Nghề nghiệp ..... Nơi công tác .....

Số CMND hoặc sổ Thẻ Căn cước công dân ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ngày cấp ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Nơi cấp .....

Hộ khẩu thường trú tại .....

Nay tôi làm đơn này, kính xin Phòng khám Medcare xem xét những khó khăn sau và miễn giảm một phần kinh phí để tạo điều kiện cho tôi được điều trị.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Các giấy tờ đính kèm, gồm có:

☐ Thành tích trong học tập và lao động

☐ Thẻ Học sinh/ Sinh viên/ Công nhân

☐ Bản sao Giấy/Sổ chứng nhận hộ nghèo đã được cấp

☐ Giấy chứng nhận hiến máu

☐ Giấy chứng nhận các hoạt động cộng đồng đã từng tham gia

☐ Giấy xác nhận giảm hoặc mất khả năng lao động của bản thân hoặc các thành viên trong gia đình

Tôi xin cam đoan những lời khai trong đơn là hoàn toàn đúng với sự thật. Nếu sai, tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

....., ngày..... tháng ..... năm.....

Người khai

(Ký và ghi rõ họ tên)