PHÒNG KHÁM CHUYÊN KHOA DA LIỄU 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 | 0845 115 115 | medcare.com.vn
L5-L6 Linden Residences, Empire City, TP.HCM | 0931 888 115 | info@medcare.com.vn

ĐƠN ĐĂNG KÝ
ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN SẮC TỐ - MẠCH MÁU BẨM SINH

(Áp dụng cho các bệnh nhân có Giấy/ Sổ chứng nhận hộ nghèo)

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

Tôi tên là ..... Sinh ngày __ __ / __ __ / __ __ __ __

Nơi sinh..... Dân tộc..... Giới tính (Nam/ Nữ)

Nghề nghiệp ..... Nơi công tác .....

Số CMND hoặc Thẻ Căn Cước Công Dân | | | | | | | | | | | | |

Ngày cấp __ __ / __ __ / __ __ __ __ Nơi cấp .....

Nơi ở hiện tại .....

Số điện thoại liên lạc:.....

Số Giấy/ Sổ chứng nhận Hộ nghèo.....

Ngày cấp __ __ / __ __ / __ __ __ __ Nơi cấp .....

Phần tự thuật bản thân – Những khó khăn mà vết bớt mang lại ở quá khứ và hiện tại:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Những thông tin trên là hoàn toàn đúng sự thật. Tôi xin chịu trách nhiệm trước những lời khai này.

....., ngày .....tháng .....năm .....

Người đăng ký
(Ký, ghi rõ họ tên)