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 không 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:.....

Phần tự thuật bản thân – Hoàn cảnh và những khó khăn gặp phải của bản thân:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kính xin Phòng khám xem xét Hỗ trợ chi phí, tạo điều kiện để tôi được điều trị.

Các giấy tờ đính kèm (nếu có):

☐ Thẻ học sinh/ Sinh viên/ Công nhân
☐ Thành tích trong học tập, lao động
☐ Giấy xác nhận hoàn cảnh khó khăn
☐ Giấy chứng nhận hiến máu
☐ Giấy chứng nhận hoạt động cộng đồng đã từng tham gia
☐ Giấy xác nhận giảm/ mất khả năng lao động

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)