|  |
| --- |
| **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  *.......[[1]](#footnote-2)......, ngày tháng năm 20…..*  **ĐƠN ĐỀ NGHỊ**  **Cho phép tổ chức khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo** |

Kính gửi: .............................................................................

..............................................................................

Họ và tên: …

Ngày, tháng, năm sinh: …

Chỗ ở hiện nay: [[2]](#footnote-3) …

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số:………..…Ngày cấp: ……..…… Nơi cấp:…………………

Điện thoại: ......................................... Email ( nếu có):........................................................................

Chứng chỉ hành nghề số: …………………………………Nơi cấp:…………………………………..

xin gửi kèm theo đơn này 01 bộ hồ sơ, gồm các giấy tờ sau:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Bản sao có chứng thực chứng chỉ hành nghề của cá nhân; bản sao văn bằng hoặc chứng chỉ chuyên môn đối với cá nhân không thuộc diện phải có CCHN theo quy định của pháp luật KBCB |  |
| 2. | Kế hoạch tổ chức khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo |  |
| 3. | Văn bản phân công, bổ nhiệm người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật (nếu tổ chức đoàn khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo). |  |
| 4. | Bản kê khai danh sách các thành viên tham gia đoàn khám bệnh, chữa bệnh |  |
| 5 | Văn bản cho phép của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc của người đứng đầu địa điểm nơi đoàn khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo dự kiến tổ chức hoạt động khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo; |  |
| 6 | Quyết định thành lập đội khám bệnh, chữa bệnh chữ thập đỏ lưu động của Hội Chữ thập đỏ Việt Nam (nếu do Hội chữ thập đỏ tổ chức); |  |
| 7 | Văn bản chứng minh nguồn tài chính ổn định |  |

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cho phép ……[[3]](#footnote-4)….. được thực hiện khám bệnh, chữa

bệnh nhân đạo.

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

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

*............., ngày tháng năm 20.....*

**KẾ HOẠCH KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH NHÂN ĐẠO**

**PHẦN I. THÔNG TIN CHUNG:**

- Địa điểm thực hiện khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo: ...................[[4]](#footnote-5).......................

- Thời gian: từ (ngày/tháng/năm) đến(ngày/tháng/năm)

- Dự kiến số lượng người bệnh được khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo : ................

- Tổng kinh phí dự kiến hỗ trợ cho đợt KBCB nhân đạo:…………………………

- Nguồn kinh phí:…………………[[5]](#footnote-6)………………………………………………

**PHẦN II. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN, DANH MỤC KỸ THUẬT**

1. Phạm vi hoạt động chuyên môn:
2. Danh mục kỹ thuật:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TT | Thứ tự kỹ thuật theo danh mục của Bộ Y tế | Tên kỹ thuật | Ghi chú |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| …. |  |  |  |
|  |  |  |  |

**PHẦN III. DANH MỤC THUỐC VÀ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ**

**1. Danh mục thuốc:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stt | Tên hoạt chất  (nồng độ/hàm lượng) | Tên thương mại | Đơn vị tính | Số lượng | Nơi sản xuất | Số đăng ký | Hạn sử dụng |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**2. Danh mục trang thiết bị:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stt | Tên thiết bị | Ký hiệu thiết bị (Model) | Nước sản xuất | Năm sản xuất | Tình trạng hoạt động của thiết bị | Số lượng |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………, ngày…… tháng ….. năm…..*  **Người chịu trách nhiệm chuyên môn**  (ký và ghi rõ họ, tên) |

1. Địa danh [↑](#footnote-ref-2)
2. Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú. [↑](#footnote-ref-3)
3. Tên cá nhân, tổ chức đề nghị khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo [↑](#footnote-ref-4)
4. Ghi tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc địa điểm khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo [↑](#footnote-ref-5)
5. Ghi rõ nguồn kinh phí là của cá nhân hoặc tổ chức nào, ở đâu, [↑](#footnote-ref-6)