

Mẫu số 02B

TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH,
CHỮA BỆNH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /

....., ngày tháng năm

GIẤY ĐỀ NGHỊ XÁC NHẬN

Kính gửi: Ủy ban nhân dân(1).....

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.....(2)..... đang thực hiện cứu chữa cho:

Họ và tên:(3).....

Ngày/tháng/năm sinh*:; Giới tính*:

Số định danh cá nhân hoặc số thẻ căn cước công dân hoặc số căn cước:

Địa chỉ nơi ở:

Nhập viện cấp cứu vào hồi ngày tháng năm nghi do bị xâm phạm tính mạng, sức khỏe liên quan đến vụ việc(4)..... xảy ra tại(5)..... là người chưa thành niên là bị hại.

Người bồi thường là(6)....., địa chỉ:(7)..... chưa thể bồi thường ngay do thuộc hộ nghèo hoặc hộ cận nghèo hoặc đã chết.

Đề nghị Ủy ban nhân dân xác nhận các thông tin về người bồi thường nêu trên.

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu)

Ghi chú:

(1) Ủy ban nhân dân cấp xã nơi người bồi thường thường trú.

(2) Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

(3) Họ và tên người chưa thành niên là bị hại.

(4) Tên vụ việc.

(5) Nơi xảy ra vụ việc.

(6) Họ và tên người bồi thường.

(7) Địa chỉ thường trú của người bồi thường.