

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:(1).....

.....(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).....

Đề nghị cơ quan công an đang thụ lý vụ việc xác nhận các thông tin sau đây:

1.(7)..... là bị hại trong vụ việc(8)....., xảy ra tại:(9).....

2.(10)..... là người bồi thường trong vụ việc(8)....., xảy ra tại:(9).....

3. Người bồi thường hiện đang bỏ trốn hoặc đến thời điểm hiện tại chưa xác định được người thực hiện hành vi phạm tội.

**ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA
BỆNH**

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

Ghi chú:

(1), (6) Tên cơ quan công an đang thụ lý vụ việc.

(2) Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

(4), (8) Tên vụ việc.

(5), (9) Nơi xảy ra vụ việc.

(10) Họ và tên người bồi thường.