**Mẫu 02 - Văn bản đề nghị áp dụng thí điểm kỹ thuật mới, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh**

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN **TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc -------** |
|  | *………, ngày … tháng … năm …* |

**VĂN BẢN ĐỀ NGHỊ**

**Áp dụng thí điểm kỹ thuật mới, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi: Bộ Y tế.

**I. Phần thông tin về cơ sở triển khai áp dụng thí điểm kỹ thuật mới, phương pháp mới**

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

2. Địa chỉ:……………………………….............................................................................................

3. Số điện thoại:…………………………………….Số Fax:……….....................................…………

4. Họ và tên cá nhân đầu mối liên lạc:

Số điện thoại di động:.....................................................................................................................

Email: ...........................................................................................................................................

**II. Phần thông tin về kỹ thuật mới, phương pháp mới**

1. Tên kỹ thuật mới/phương pháp mới:………................................………………………….........

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

2. Chuyên khoa:. ....................................................................................................................

Sau khi nghiên cứu Luật Khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của chúng tôi đề nghị Bộ Y tế/Sở Y tế cho phép triển khai áp dụng thí điểm kỹ thuật/phương pháp này và cam đoan những thông tin trên đây là đúng sự thật, nếu sai cơ sở xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

*Hồ sơ gửi kèm gồm có:1*

1 …………………………………………………………………………….……………………………

2 …………………………………………………………………………….……………………………

3 …………………………………………………………………………….……………………………

….

Trân trọng cảm ơn.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NGƯỜI ĐỨNG ĐẦU** **CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH** *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Liệt kê đầy đủ các giấy tờ, tài liệu nộp kèm theo đơn. Các giấy tờ tài liệu phải đầy đủ và được sắp xếp theo thứ tự quy định tại Nghị định số 96/2023/NĐ-CP.