**Mẫu 04 - Văn bản công bố đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe hoặc khám và điều trị HIV/AIDS**

|  |  |
| --- | --- |
| ……………1……………. ……………2……………..**-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc --------------** |
| Số: ………/VBCB-……3……... | *……4….., ngày … tháng … năm ….* |

**BẢN CÔNG BỐ**

**Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe/khám, điều trị HIV/AIDS**

Kính gửi:…………………………5……………………………..

Tên cơ sở công bố: ………………………………….................................................

Số giấy phép hoạt động đã được cấp: ……………......................……………………

Địa chỉ:…………………………………6……………..................................…………

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

Công bố đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe/khám, điều trị HIV/AIDS và gửi kèm theo văn bản này 01 bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau đây:7

(1)………………………………………………………………………………………

(2)………………………………………………………………………………………

(3)………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ** **KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH8** |

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

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở công bố.

2 Tên của cơ sở công bố.

3 Chữ viết tắt tên cơ sở công bố.

4 Địa danh.

5 Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ.

6 Địa chỉ cụ thể của cơ sở công bố.

7 Ghi rõ thủ tục công bố và 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…./2023/NĐ-CP.

8 Người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu.