



ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้าน.....

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามทีคลินิก.....

ที่ตั้ง.....

ได้สมัครเป็นหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ..... นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อนิติบุคคล).....

ผู้ประกอบการสถานพยาบาลของหน่วยร่วมให้บริการด้าน.....

ตั้งอยู่เลขที่.....

ยินดีรับเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้าน..... (Sub Contractor) ของหน่วย

บริการ..... ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ

ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ หรือมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วย

บริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ พ.ศ.2545

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตราสถานพยาบาล

