แบบแสดง ความประสงค์ไม่ต่อสัญญาให้บริการสาธารณสุข
ปีงบประมาณ ๒๕๕๗"
ของหน่วยบริการเอกชน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....

ขอแจ้งความประสงค์ ดังนี้

( ) ไม่ประสงค์ต่อสัญญาให้บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๗

ลายเซ็นผู้มีอำนาจลงนาม (ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

.....

(.....)

วันที่ส่งเอกสาร.....

หมายเหตุ
1.ส่งตัวจริงกลับสำนักงานฯภายในวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๖ (มาส่งเองหรือส่งทางไปรษณีย์)
2.หน่วยบริการที่ไม่แจ้งให้สำนักงานทราบตามวันที่กำหนด จะถือว่า ประสงค์ต่อสัญญาให้บริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๕๗