ที่ …………/ ที่อยู่………………………………..

(วัน เดือน ปี)

เรื่อง การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ติดเชื้อ COVID 19 ที่ให้บริการ HI/CI

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1 หลักตามหลักฐานการจัดซื้อ...............

2 รายชื่อผู้ติดเชื้อโรคCOVID 19……………

ด้วยโรงพยาบาล/สถาบัน/หน่วยงาน .................................................. จังหวัด............................. ได้ดำเนินการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามหลักฐานการจัดซื้อจากหนังสือ เลขที่.................................... ลงวันที่ ....................................... และส่งมอบอุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้แก่ ผู้ติดเชื้อโควิด19 ตามรายชื่อแนบโดยมอบให้เป็นกรรมสิทธิ์เพื่อเป็นการนำไปใช้เฉพาะบุคคล

ในการนี้ข้าพเจ้า ............................................................ ตำแหน่ง ................................................

ขอรับรองว่าโรงพยาบาล/สถาบัน/หน่วยงาน .................................................. ได้ส่งมอบอุปกรณ์ดังกล่าวให้กับผู้ติดเชื้อโควิด19 จริง เพื่อขอรับเงินค่าจัดบริการอุปกรณ์ของหน่วยบริการและไม่ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากงบประมาณของรัฐ หรือจากหน่วยงานภาครัฐอื่น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ ................................................ (ผู้อำนวยการ/ผู้มีอำนาจ)

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

ตำแหน่ง................................................

วันที่...................................................

**รายชื่อผู้ติดเชื้อโรคCOVID 19 ของหน่วยบริการ(ระบุ)..................................**

**ได้มอบอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เป็นกรรมสิทธิ์เพื่อเป็นการนำไปใช้เฉพาะบุคคลที่บ้าน**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน** | **ชื่อ-สกุล** | **รายการอุปกรณ์ที่ส่งมอบ(ระบุประเภทอุปกรณ์)** | **วัน เดือน ปี**  **ที่ส่งมอบ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ค่าจัดบริการอุปกรณ์รวม ทั้งสิ้น...............................รายการ**

**ลงชื่อ ................................................ (ผู้อำนวยการ/ผู้มีอำนาจ)**

**(..............................................................)**

**ตำแหน่ง................................................**

**วันที่...................................................**