|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ TỈNH BÀ RỊA-VŨNG TÀU | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** |
| **BỆNH VIỆN PHỔI PHẠM HỮU CHÍ**  Số: / BVPPHC | **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc** |
|  | *Long Đất, ngày tháng năm 2025* |

**GIẤY CAM KẾT**

(Đối với BN điều trị nội trú có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn)

Họ và tên bệnh nhân:

Sinh năm:

Địa chỉ thường trú:

Chẩn đoán bệnh:

Ngày vào viện : Mã bệnh nhân:

Số thẻ BHYT(nếu có):

Thẻ hộ nghèo (nếu có):

Hiện nay tôi đang điều trị tại khoa:……………………………..Bệnh Viện Phổi Phạm Hữu Chí. Tôi xác nhận đồng ý và cho phép được thu hình, chụp hình, phỏng vấn và sử dụng hình ảnh, tiếng nói, thư cảm ơn, thông tin cá nhân của tôi trong việc truyền thông của cơ quan, báo chí.Tôi xin cam đoan những thông tin khai trên là đúng sự thật, nếu sai tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật.

**Xác nhận của người bệnh**